

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 décembre 1898, à 1 heure

DES HÉMORRAGIES RÉTRO-PLACENTAIRES

PAR

R. Marc LEHMAN

Né à Buénos-Ayres (République-Argentine) le 26 octobre 1870

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

Président : M. PINARD, Professeur.

*Juges : MM. { TILLAUX, Professeur.
VARNIER, Agrégé.
WALTHER, Agrégé.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1898



UNIVERSITÉ DE PARIS

121

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 décembre 1898, à 1 heure

DES HÉMORRAGIES RÉTRO-PLACENTAIRES

PAR

R. Marc LEHMAN

Né à Buénos-Ayres (République-Argentine) le 26 octobre 1870

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

Président : M. PINARD, Professeur.

*Juges : MM. { TILLAUX, Professeur.
VARNIER, Agrégé.
WALTHER, Agrégé.*



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... **Professeurs**.....

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

M. BROUARDEL.
MM.

FARABEUF.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
DEBOVE.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
TERRIER.
POUCHET.
LANDOUZY.
PROUST.
BROUARDEL.
LABOULBENE.
CHANTEMESSÉ.

Clinique médicale.....

POTAIN.
JACCOUD.
HAYEM.
DIEULAFOY.
GRANCHER.
FOURNIER.

Clinique des maladies des enfants.....

Clinique des maladies syphilitiques.....

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-
céphale.....

Clinique des maladies nerveuses.....

JOFFROY.
RAYMOND.

Clinique chirurgicale.....

BERGER.
DUPLAY.
LE DENTU.

Clinique ophtalmologique.....

Clinique des voies urinaires.....

TILLAUX.
PANAS.
GUYON.

Clinique d'accouchement.....

BUDIN.
PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.
ACHARD.
ALBARRAN.
ANDRE.
BONNAIRE.
BROCA Auguste.
BROCA André.
CHARRIN.
CHASSEVANT.
DELBET.
DESGREZ.

MM.
DUPRÉ.
FAURE.
GAUCHER.
GILLES DE LA
TOURETTE.
HARTMANN.
LANGLOIS.
LAUNOIS.
LEGUEU.
LEJARS.

MM.
LETULLE.
MAUCLAIRE.
MARFAN.
MENETRIER.
MÉRY.
ROGER.
SEBILEAU.
TEISSIER.
THIERY.

MM.
THIROLOIX.
THOINOT.
VAQUEZ.
VARNIER.
WALLICH.
WALTHER.
WEISS.
WIDAL.
WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dis-
sertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Chevalier de la Légion d'honneur.

Membre de l'Académie de Médecine.

INTRODUCTION

Avant d'aborder notre sujet, nous avons à cœur d'adresser nos plus vifs remerciements aux maîtres distingués qui ont pris soin de nous diriger pendant le cours de nos études, et à tous ceux qui, de près ou de loin, ont acquis droit à notre reconnaissance.

C'est notre maître, M. le Professeur Pinard, qui nous a inspiré le sujet de ce travail. Pendant l'année que nous avons passée dans son service, il n'a cessé de nous prodiguer ses conseils ; nous le remercions de la bonté et de l'intérêt qu'il nous a toujours témoignés, ainsi que du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse. Qu'il nous permette de lui renouveler ici l'assurance de notre profond dévouement.

M. le Professeur Farabeuf nous a fait la faveur insigne de nous admettre dans son laboratoire et de s'intéresser à nous dans la période difficile de nos études anatomiques ; nous lui demandons de vouloir bien accepter l'hommage de notre sincère reconnaissance.

A nos maîtres dans les hôpitaux, MM. Berger, Proust, Ferrand et Déjerine dont l'enseignement nous

a été des plus précieux, nous adressons l'expression de notre vive gratitude.

Nous remercions également M. Fieux, Professeur agrégé à la faculté de Bordeaux, M. le Dr Roubinowitch qui nous ont transmis avec bienveillance des documents d'un grand intérêt pour notre sujet ; M^{me} Henry, chevalier de la Légion d'Honneur, qui a gracieusement mis à notre disposition les importantes observations recueillies pendant son séjour à la Maternité ; enfin M. Champetier de Ribes et M. Cauvelaire, son interne, dont l'importante communication nous a été si utile.

Nous ne saurions oublier ici M. Baudron, accoucheur des hôpitaux, qui a toujours été pour nous un guide sûr et dont nous avons maintes fois éprouvé l'amitié.

Notre ami, M. le Dr Dubois, de Maisons-Laffitte nous a procuré de nombreux documents américains qu'il nous a traduits lui-même en partie, nous sommes heureux de l'en remercier ici bien cordialement.

Que MM. Varnier, Wallich, Bouffe de Saint-Blaise, M^{lle} Roze, sage femme en chef de la clinique Baudelocque, M. Funck-Brentano, chef de clinique nous permettent de leur exprimer notre reconnaissance en souvenir de leur conseils éclairés et bienveillants.

Nous ne prétendons pas faire dans ce travail une étude approfondie des hémorragies internes ; notre but principal est de mettre surtout en lumière certains points intéressants et obscurs, et d'en affirmer d'autres sur lesquels le doute avait plané jusqu'ici.

Sans aller jusqu'à dire que nous avons parcouru toute la bibliographie concernant notre sujet, du

moins pouvons-nous affirmer que nous en avons étudié une grande partie.

Après un rapide historique de ces accidents, nous envisagerons tour à tour leur étiologie, leur symptomatologie, leur diagnostic, leur anatomie pathologique et leur pronostic pour la mère et pour l'enfant ; dans un dernier chapitre enfin, nous établirons un traitement rationnel de ces hémorragies en nous appuyant sur les résultats mentionnés dans les observations que nous publions à la fin de ce travail.

DES HÉMORRAGIES RÉTRO-PLACENTAIRES

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Les hémorragies rétro-placentaires, ainsi que notre maître M. Pinard a dénommé les pertes internes, semblent avoir été méconnues de tous les auteurs classiques qui ont précédé le ^{xvii}e siècle ; ces accidents si graves pour la mère et l'enfant n'avaient pas frappé leur attention ; la cause de ce silence est peut-être dans ce fait que pendant de longues années l'obstétrique fut reléguée parmi les arts manuels et confiés aux mains des matrones.

En 1675, pour la première fois, Primérose et Portal s'occupent des pertes internes qui surviennent pendant les derniers temps de la grossesse, puis quelques années plus tard, Mauriceau nous rapporte une dizaine d'observations qui présentent surtout un intérêt historique.

La première description vraiment classique de ce genre d'hémorragie nous est donnée par J.-L. Bau-

delocque dans son *Traité sur l'art des Accouchements*.

« L'hémorragie, dit-il, qu'on désigne sous le nom de perte, est constamment la suite de la désunion accidentelle d'une portion du placenta d'avec la matrice et peut se manifester indistinctement dans tous les temps de la grossesse. Cette hémorragie n'est pas toujours apparente. Si le sang, le plus souvent se répand au dehors, quelquefois aussi il s'épanche derrière le placenta et y est retenu, tantôt par les fortes adhérences du bord de cette masse, ou par celles des membranes seulement avec la matrice, et tantôt par la contraction naturelle du col de ce viscère même qui ne s'est pas encore entr'ouvert à l'époque où se fait cet épanchement : ce qui établit deux sortes de pertes utérines; l'une apparente, l'autre cachée. Tous les auteurs en ont fait cette distinction; mais l'hémorragie cachée n'a pu mériter leur attention qu'autant qu'elle se manifestait après l'accouchement, et bien peu, peut-être même aucuns, ne l'avaient considérée comme nous.

Si la structure de la matrice et la résistance que ses parois opposent constamment aux agents qui en opèrent le développement semblent porter à croire qu'il ne peut s'épancher beaucoup de sang derrière le placenta; l'observation, peu d'accord avec ces connaissances physiologiques, nous a prouvé plusieurs fois que ces sortes d'épanchements pouvaient devenir assez considérables pour influencer manifestement sur les forces de la femme, sur sa vie et sur celle de son enfant. »

A l'appui de cette théorie, Baudelocque cite plusieurs observations personnelles qui lui avaient servi

à établir cette classification bien nette entre les pertes internes et externes.

Au commencement de ce siècle, la mort de la princesse de Galles donna de nouveau une grande impulsion à l'étude des hémorragies internes de l'utérus. L'Académie de Médecine de France offrit, en 1818, un prix au meilleur essai sur ce sujet; l'ouvrage de Baudelocque neveu fut couronné et la médaille d'argent fut décernée à M^{me} Boivin. Cette circonstance montra d'une façon manifeste le peu de fréquence de ces pertes, car dans son essai M^{me} Boivin les repousse formellement. « L'hémorragie interne, dit-elle, avant la sortie du fœtus, ne peut être assez considérable pour détruire entièrement les secondines; elle ne saurait être assez abondante dans ce cas pour occasionner la mort de la femme; il est même impossible que la perte ait lieu à un degré considérable sans qu'elle se manifeste au dehors, parce que si peu ouvert que soit l'orifice, il l'est toujours assez pour permettre l'écoulement du sang. »

M^{me} Lachapelle, dont la vaste expérience repose sur plus de 40.000 accouchements, reprend les idées de M^{me} Boivin et s'oppose formellement à l'existence de l'hémorragie interne. Pour elle, aucun fait concluant ne vient confirmer « cette théorie du caillot lenticulaire qui décolle peu à peu le placenta du centre à la circonférence. »

C.-A. Baudelocque reprend de nouveau la question et cite à l'appui de l'existence du décollement prématuré du placenta de nombreuses observations de Balme, de J.-L. Baudelocque, de Chevallier, de Deneux et de Delaforterie.

Sans apporter de faits personnels, Jacquemier donne une description complète de ces accidents, du lieu habituel de l'hémorragie et des différentes formes qu'elle peut présenter; il les classe en deux variétés, l'une interne ou latente, l'autre externe ou apparente.

Après M^{me} Boivin et M^{me} Lachapelle, nous ne trouvons plus que Stolz qui s'élève contre l'évidence de ce fait, malgré les 23 cas réunis par Braxton Hicks en 1869, le mémoire remarquable de Goodel s'appuyant sur 106 observations, et enfin les travaux de Pilat en 1874 et de Brunton en 1875.

Il est aujourd'hui difficile de discuter la réalité de cette grave complication après les communications de Winter appuyées sur des pièces anatomiques très probantes, et après la publication plus récente de MM. Pinard et Varnier représentant la coupe d'un utérus gravide atteint de cet accident; celle-ci fut reproduite dans la thèse de Rousseau-Dumarcet.

En 1891, Coë fait paraître un mémoire d'ensemble où il étudie l'hémorragie interne dans les premiers stades du travail; de nombreuses observations de Habit, Fraudenberg, Reynolds, Wey, Budin, Hans Meyer, Suter, Bernheim, M^{me} Henry, Ovi, Storer apportent de nouveaux faits sur lesquels nous ne nous étendrons pas plus longuement avant de passer à l'étude de notre sujet.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Jusqu'à ces dernières années, les causes les plus diverses ont été attribuées à l'hémorragie rétro-placentaire ; c'est ainsi que la congestion utérine, la stase veineuse par compression des gros vaisseaux, la toux, les vomissements ont joué tour à tour un grand rôle dans l'étiologie de cet accident. Une frayeur subite, une vive contrariété, un accès de colère auraient été d'après plusieurs auteurs une cause de pertes utérines considérables, et nous voyons en 1894 et 1895, W.-R. Dakin, William Bligh en Angleterre et Howard Killy aux États-Unis, publier trois observations, où ils donnent comme cause première de l'hémorragie, une vive contrariété qui l'aurait précédée de quelques heures.

Goodel signale aussi la multiparité comme pouvant amener un écoulement par suite des elongations répétées de la fibre utérine qui deviendrait plus faible et réagirait de moins en moins ; parmi ses nombreuses malades, il n'aurait rencontré cet accident que chez huit primipares ; nous ne croyons pas, et rien ne le démontre, que l'on puisse invoquer la multi-

parité comme cause prédisposante, car sur les trente-et-une observations recueillies à la clinique Baudelocque, nous voyons douze femmes primipares, près d'un tiers, présenter cette complication.

Malgré ces assertions nous ne pouvons admettre ces causes comme vraies, car elles ne peuvent être appuyées sur aucune preuve anatomique comme celles que nous nous proposons d'étudier ici.

A. — *Albuminurie*

L'albuminurie constitue la cause pathologique la plus fréquente et la plus commune du décollement prématuré du placenta normalement inséré. Si l'on jette un regard sur les observations que nous avons mises à la fin de ce travail, on verra qu'il y a un rapport constant entre la néphrite et les pertes internes ; que chez le plus grand nombre de femmes qui voient leur grossesse compliquée d'hémorragie, il existe des troubles de la sécrétion urinaire et que l'analyse des urines révèle le plus souvent une quantité d'albumine plus ou moins considérable.

Déjà en 1849, Blot avait attiré l'attention des médecins en montrant les rapports qu'il y avait entre l'albuminurie et les hémorragies utérines ; mais il avait surtout en vue les pertes qui suivent la délivrance. Après lui, Goodel en rapporta un cas, puis Weatherley et Habit (de Vienne) en présentèrent chacun un, où tous les symptômes de la néphrite étaient non douteux, particulièrement l'œdème siégeant aux membres inférieurs.

En 1885, Fehling, au congrès de Strasbourg,

montra dans quelles conditions la présence d'infarctus blancs dans le placenta détermine la mort du fœtus en diminuant les surfaces d'échanges nutritifs dans cet organe et attribua tous les accidents aux lésions rénales de la mère. En même temps Winter communiquait à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin, trois observations dans lesquelles l'influence de la néphrite ne laisse aucun doute sur la production de l'hémorragie ; quatre ans plus tard le même auteur présentait une coupe qui démontre que l'hémorragie, avant d'être rétro-placentaire, est intro-placentaire.

Pendant ce temps, M. le professeur Pinard faisait publier dans les thèses de plusieurs de ses élèves, le résultat de ses recherches personnelles sur le placenta albuminurique et sur les accidents qui en résultent ; en particulier dans la thèse de Rousseau-Dumarcet nous voyons que sur treize observations, la cause indubitable de l'hémorragie doit être rapportée onze fois à une néphrite, ce qui donnerait la proportion très forte de 82, 3 0/0.

Ce chiffre serait légèrement plus élevé que le nôtre ; en effet, sur les trente-et-une observations que nous avons recueillies sur les registres de la clinique Baudelocque, nous ne trouvons que vingt-quatre femmes ayant présenté des accidents dûs à l'existence de l'albumine dans les urines, soit 77, 4 0/0 ; bien que ce chiffre soit plus faible, il n'en montre pas moins clairement que la néphrite est encore la cause pathologique la plus commune et la plus répandue.

Si l'on reprend du reste toutes les observations qui ont été publiées avant l'année 1890, on reconnaîtra que chez presque toutes ces malades les signes ordinaires de l'albuminurie ont accompagné l'hémor-

ragie ; presque toutes avaient soit un léger œdème aux membres inférieurs, soit de la dyspnée ; d'autres présentaient des troubles de la vision, de la douleur épigastrique ou de la céphalalgie, et, bien que l'analyse des urines n'ait pas été faite, on est cependant autorisé à croire que des troubles rénaux ont été l'origine et la cause de ces accidents hémorragiques.

A côté de l'albuminurie, Häberlin et Benicke ont signalé la maladie de Basedow comme ayant provoqué le décollement prématuré du placenta ; une observation de Häberlin publiée en 1890 en rapporte un exemple. On sait que chez les individus atteints de cette maladie, il n'est pas rare de trouver des troubles du côté des reins qui se manifestent par la présence de l'albumine dans les urines ; même suivant Begbie l'albumine serait presque toujours constante et aurait ce caractère particulier d'être intermittente et de ne se montrer souvent que pendant la période digestive. Souvent ces malades sont sujets aux œdèmes, aux épistaxis, et on aurait observé chez eux des hémoptysies et des hémorragies soit cérébrales, soit dans les principaux viscères ; ce n'est donc pas la maladie de Basedow qui serait la cause des pertes utérines, mais plutôt l'albuminurie qui l'accompagne parfois.

On a encore cité la malaria comme cause possible de ces hémorragies internes. Dans ce cas particulier, nous croyons également qu'il est rationnel de les attribuer à l'albuminurie, car les paludéens chroniques offrent parfois des lésions variées qui se rapprochent de celles décrites dans le mal de Bright et s'identifient presque avec elles ; Wood, Bartels, et Rosensstein ont remarqué la fréquence du mal de Bright

dans les pays paludéens ; d'autres part Soldatow, Atkinson, Lancereaux et Laveran ont signalé la néphrite paludéenne dont Kelsch et Kiener ont fait une étude complète. Les hémorragies qui existent chez les femmes atteintes d'impaludisme doivent avoir pour cause étiologique les lésions rénales que l'on rencontre fréquemment dans les contrées où cette maladie règne à l'état endémique.

Bien d'autres maladies prédisposent aux hémorragies en général, telles que la variole, la leucocythémie, l'hœmophilie, etc., ont été mises en cause pour expliquer ces accidents ; mais jusqu'à présent, rien ne prouve qu'on doive les regarder comme leur véritable origine.

B. — *Brièveté du cordon. — Brides amniotiques.*

Après l'albuminurie, il est une autre cause de décollement du placenta qui fut niée longtemps ; nous voulons parler de la brièveté absolue ou relative du cordon. Mauriceau, le premier, a admis cette cause. Dans son « *Traité des maladies des femmes grosses* », il dit, en effet : « J'ai remarqué chez plusieurs femmes qui ne s'étaient aucunement blessées, que leur arrière-faix s'était détaché et entièrement séparé de la matrice à cause que le cordon de l'ombilic de leur enfant était embarrassé et entortillé autour de quelques parties de son corps et particulièrement autour du cou, ce qui faisait que pour peu que l'enfant put se mouvoir pour se disposer à sortir, ce cordon n'ayant plus la longueur et la liberté ordinaires, tirait continuellement l'arrière-

faix et le faisait ainsi se détacher entièrement de la matrice avant le temps. »

Le mécanisme de cet accident est facile à comprendre car chacun sait que si la longueur du cordon est réduite naturellement ou accidentellement, soit par des circulaires autour du cou, soit par des nœuds formés autour des membres, il faudra pour que le travail progresse, ou que le cordon se rompe, ou que les attaches du placenta cèdent et permettent ainsi l'engagement du fœtus dans l'excavation.

Le placenta peut être décollé partiellement si l'insertion du cordon se trouve au bord inférieur, laissant ainsi plus de liberté au fœtus. Si l'insertion se trouve au contraire au bord supérieur du placenta il y aura arrachement total de cet organe.

La brièveté effective du cordon est extrêmement rare, cependant on a vu des cordons ne mesurant que 20 centimètres et même 15 centimètres. Sclafer en a signalé un qui n'avait que 10 millimètres de longueur et Mende, dont l'observation est rapportée par Cazeaux, a vu un cordon qui était si court que le fœtus paraissait adhérer au placenta. Dans ces conditions, le fœtus entraîne forcément son placenta avec lui dans son mouvement de descente.

Le décollement du placenta peut se faire avant tout début du travail, le fœtus jouant alors un rôle actif; bridés par les divers nœuds formés par le cordon autour de ces membres, si ses mouvements sont assez énergiques, il peut arracher lui-même son placenta, provoquer une hémorragie et sa mort; tel est le cas rapporté par M. Pinard dans sa leçon du 20 novembre 1891, à la clinique Baudelocque; à l'autopsie on trouva l'œuf intact, entièrement décollé et libre

dans la cavité utérine; le cordon faisait un nœud autour du pied de l'enfant qui d'un seul mouvement avait entièrement arraché le placenta. L'observation XX nous montre un fœtus mort et macéré dont la perte est due à un décollement prématuré du placenta provoquée par une brièveté accidentelle du cordon; celui-ci formait deux circulaires très serrés en forme d'un huit autour des deux cuisses de l'enfant; la partie libre du cordon comprise entre l'arrière-faix et les deux membres du fœtus ne mesurait que 18 centimètres.

Dans d'autres cas la grossesse évolue normalement; ce n'est qu'au moment de l'engagement du fœtus dans l'excavation que sous la poussée de chaque contraction utérine, celui-ci, tiraillant sur son cordon, finit par entraîner le placenta avec lui. L'observation XXX en est un exemple; malgré les contractions énergiques de la femme, le travail s'arrête, et la tête ne progresse plus; avant de pratiquer une application de forceps, la main introduite pour explorer la cavité utérine, rencontre un membre autour duquel le cordon formait un circulaire réduisant assez sa longueur pour empêcher l'engagement de se faire; cet obstacle disparu, l'accouchement se fait rapidement, mais le décollement a été suffisant pour provoquer la mort du fœtus.

Les brides amniotiques peuvent aussi dans certaines conditions amener une hémorragie rétro-placentaire, lorsque par leur disposition, elles tendent à réduire la longueur du cordon, ou lorsqu'elles forment des replis membraneux s'insérant en même temps sur le fœtus et sur le placenta.

L'observation XXVIII est un type de ces malfor-

mations de l'amnios; cette membrane au lieu de descendre le long du cordon appliqué étroitement sur lui, et de recouvrir la face fœtale du placenta, forme un véritable repli de 6 centimètres de longueur, partant du bord supérieur de cet organe pour se fixer au cordon; le foyer hémorragique se trouve placé juste au-dessous du point où vient s'insérer cette bride sur le bord du placenta. Le cordon formant déjà un circulaire autour du cou du fœtus était encore diminué de longueur par le fait de cette disposition de l'amnios.

Dans une communication faite à la Société de gynécologie d'obstétrique et de pœdiatrie de Bordeaux, M. Fieux a présenté un cas analogue et plus typique encore. Le repli membraneux remontait à 6 centimètres au delà de l'insertion du cordon, et formait une corde tendue de 16 centimètres allant s'attacher au bord du placenta. Le cordon mesurait 38 centimètres de longueur. Le travail avait été arrêté, la tête de l'enfant se trouvant déjà sur le plancher pelvien; après chaque contraction il s'écoulait un peu de sang. Sur la face utérine du placenta on découvrit un caillot récent du volume d'un œuf de poule.

D'après la photographie que nous devons à l'obligeance de M. Fieux, il est aisé de voir que l'on peut tirer dans divers sens sur le cordon sans que pour cela le placenta perde contact avec la surface sur laquelle il repose; mais si l'on vient à infléchir le cordon dans le plan même du méso, celui-ci forme de suite une bride tendue entre la tige funiculaire et le bord du placenta qui se soulève.

C'est ce qui eut lieu pendant le travail; le cordon





étant un peu court et le méso se trouvant sur le bord supérieur du placenta, l'enfant a du exercer des tractions sur ce dernier et décoller la partie sous-jacente du délivre.

On comprend d'après ces deux observations que la présence d'un méso-cordon peut augmenter la brièveté d'un cordon et le rendre insuffisant si ce repli membraneux se trouve dans l'axe de sortie du fœtus ; cette situation sera d'autant plus aggravée que le méso remontera plus haut sur le cordon.

C. — *Hydramnios.*

La distension utérine que provoque l'hydramnios aigu peut encore être invoquée rarement il est vrai, dans l'étiologie de l'hémorragie rétro-placentaire. Dans les dernières semaines de la grossesse, toutes les parties de l'utérus continuent à augmenter en surface, alors que le placenta est déjà à peu près complètement développé ; généralement, celui-ci se prête à cette augmentation de volume, grâce à son élasticité et à sa division en lobules susceptibles d'être écartés. Mais si son tissu a subi quelque dégénérescence, ou quelque infiltration, il ne pourra plus suivre ce mouvement d'extension, surtout si la présence d'une quantité anormale de liquide amniotique amène une exagération de cet accroissement de l'utérus ; il se formera en un point quelconque du placenta des ruptures au niveau de ses adhérences, amenant un épanchement sanguin, qui lui aussi contribuera par sa présence au décollement (observation V, XIII, XXI).

Le même mécanisme se produit aussi, mais pour ainsi dire en sens contraire, lorsque la poche des eaux vient à se rompre pendant ou avant le travail ; le liquide amniotique s'échappe alors brusquement et l'utérus qui avait été jusque-là distendu d'une manière exagérée par sa quantité anormale, tend à reprendre très rapidement son volume primitif. Le placenta ne peut, comme l'utérus formé d'un tissu très élastique, suivre ce mouvement de rétraction immédiat ; il se produit des ruptures vasculaires dans l'épaisseur de ses tissus, surtout au voisinage de ses adhérences avec l'utérus : une hémorragie sera la conséquence de cette rétraction brusque de l'organe gestateur sur lui-même.

Une observation publiée par Bernheim (observation XXXII), nous fait assister à la marche de cette complication ; jusqu'à la rupture de la poche des eaux, il n'y avait en rien d'anormal durant le travail ; mais après cette intervention et l'écoulement de 5 litres de liquide amniotique, une hémorragie assez importante pour causer la mort du fœtus et mettre les jours de la mère en danger se produisit quelque temps après.

D. — *Traumatisme*

Le traumatisme a été cité par un grand nombre d'auteurs surtout en Angleterre et en Amérique ; il semble cependant ne provoquer que très rarement le décollement prématuré du placenta, et même, il existe des observations ou des contusions violentes n'ont pas déterminé le plus petit accident. Cependant

Edgar, G. Barnes, Henry James, F.-M. Ireene, Henderson, Suter et Eshlemann publièrent plusieurs cas dans lesquels ils trouvèrent au début un traumatisme pouvant expliquer l'hémorragie.

Dans l'observation XXXIII rapportée par Malcom Storer, nous voyons une malade chez laquelle un choc violent sur l'abdomen amena quelques heures après des faiblesses, bientôt suivies de tous les symptômes de l'hémorragie rétro-placentaire.

Nous avons eu connaissance d'un nouveau cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré chez une femme enceinte de 7 mois $1/2$; le décollement fût provoqué par un traumatisme abdominal et s'accompagna du syndrome clinique classique de l'hémorragie rétro-placentaire pure ; la femme expulsa au début du troisième jour, un enfant mort ne présentant aucun signe de macération. Ce cas doit être prochainement publié par MM. Champetier de Ribes et Cauvelaire qui ont bien voulu nous en donner communication orale.

Le traumatisme, bien que très rare, est comme on le voit une cause suffisante pour amener ces accidents et interrompre le cours normal de la grossesse.

E. — *Hémorragie rétro-placentaire secondaire par insertion vicieuse du placenta en bas et en avant.*

Depuis plusieurs années, notre maître, M. Pinard, attire l'attention de ses élèves sur une cause encore peu connue d'hémorragie interne, nous voulons parler

de l'insertion vicieuse du placenta en bas et en avant.

Nous n'avons trouvé cette cause signalée qu'une seule fois par Bailly, dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1873, chez une femme dont le placenta était inséré à 2 centimètres environ de l'orifice interne de l'utérus; l'auteur de cette communication attribuait la cause déterminante de l'hémorragie au lieu d'implantation du placenta et à ce qu'un obstacle physique, la tête fœtale, avait fermé toute issue au sang en venant s'appliquer exactement sur l'orifice utérin incomplètement dilaté.

Ces conditions ne sont pas suffisantes pour qu'il y ait formation d'un hématome rétro-placentaire; il faut encore que cet organe se trouve entièrement inséré en avant, ou qu'une partie de sa circonférence empiète légèrement sur la ligne médiane, de façon à se trouver derrière le plan osseux formé par la symphyse et les deux branches du pubis.

Si dans cette position, une surface solide et résistante, telle que la tête du fœtus, se présente au détroit supérieur et tente de s'engager dans l'excavation sous la pression des contractions utérines, elle viendra appuyer fortement sur la partie du placenta qui se trouve juste derrière le plan osseux que nous venons d'indiquer. L'engagement de la tête du fœtus, ne peut se faire alors qu'en entraînant avec elle la partie du placenta sur laquelle elle presse; elle exerce des tractions, des tiraillements, qui, bien que ayant une direction tangente à la surface du placenta, n'en sont pas moins effectifs et suffisent pour l'arracher de sa base d'implantation; que les membranes existent ou qu'elles soient rompues, l'action purement méca-

nique de la tête fœtale sur le placenta qu'elle tient étroitement serré contre un plan solide n'en subsiste pas moins ; c'est un véritable décollement direct qui provoque l'hémorragie.

Le sang qui s'écoule à la suite de cet arrachement, cherche à se frayer une voie vers le dehors, mais il rencontre un obstacle ; la tête du fœtus en appuyant fortement sur tout le segment inférieur et en particulier sur la languette placentaire qu'elle presse contre le pubis, empêche l'hémorragie de devenir externe ; le sang retenu, s'accumule entre la paroi utérine et le placenta et, en formant un hématome, il devient lui-même un nouvel agent de décollement qui ajoute son action à celle de la tête fœtale.

C'est ce mécanisme qui seul peut expliquer les observations XXV et XXIX. Dans la seconde surtout la cause de l'hémorragie est très nette, le placenta était inséré sur le segment inférieur de l'utérus à 3 centimètres de l'orifice interne ; le toucher digital pratiqué immédiatement après l'expulsion du fœtus fit constater que le placenta se trouvait en avant et à droite, par conséquent dans les conditions voulues pour que la tête en s'engageant l'entraînât dans son mouvement de descente vers l'excavation.

Il n'y avait pas trace d'albumine dans les urines de la malade ; cette cause ne peut donc être invoquée ; seules la position vicieuse du placenta et la présentation de la tête du fœtus peuvent être rendues responsables de cet accident.

L'observation XXXIV vient confirmer ces faits. Cette femme eut une première fois une insertion vicieuse du placenta avec une présentation du siège qui n'amena pas d'hémorragie interne. Une deuxième

fois enceinte, elle présente de même une insertion vicieuse du placenta avec cette différence cependant que cet organe empiète sur la ligne médiane juste derrière la symphyse pubienne ; aussi, après une légère perte externe, voyons-nous bientôt une hémorragie interne se produire dès que la tête du fœtus vient appuyer sur le segment inférieur.

En résumé, il faut deux conditions essentielles pour que cet accident se produise : l'insertion du placenta en bas et en avant, et la présentation du sommet.

CHAPITRE III

SYMPTÔMES, MARCHE ET TERMINAISON

Pour faire l'étude des symptômes de l'hémorragie rétro-placentaire, il nous suffira de relever dans les observations qui font suite à ce travail, les principaux signes qu'elles présentent. Comme nous le verrons, les accidents peuvent avoir quelquefois très peu de retentissement sur l'état général de la mère ; d'autres fois, au contraire, la situation devient rapidement très grave et la femme succombe quelques heures après le début des premiers symptômes.

Ordinairement nous nous trouvons en présence d'une femme ayant atteint le dernier trimestre de sa grossesse. Prise tout à coup d'une hémorragie assez abondante, elle ressent en même temps une douleur sourde, profonde dans les reins et l'abdomen, le plus souvent localisée en un point, douleur continuelle que le palper rend plus vive, ou qui cesse pour revenir à des intervalles inégaux ; elle débute dans certains cas avec un caractère si brusque et si aigu qu'elle peut éveiller dans l'esprit l'idée d'une rupture utérine.

Cette femme est pâle, ses lèvres sont décolorées, ses membres inférieurs engourdis ; elle est agitée, inquiète, en proie à un malaise général et présente des tendances à la syncope et aux lipothymies ; sa peau rugueuse, donne au toucher une sensation visqueuse spéciale ; souvent même il est impossible d'obtenir de la malade aucun renseignement, car son intelligence est anihilée sous l'action du choc nerveux qui accompagne ces phénomènes.

Le pouls filiforme, petit, fréquent, à peine perceptible est incomptable, se tenant entre 120 et 140, avec des chutes et des ressauts subits ; c'est le pouls que l'on retrouve chez tous les individus ayant une hémorragie grave.

Il est encore à noter que plus des deux tiers de ces malades présentent de l'œdème aux malléoles et aux membres inférieurs, aux paupières, troubles qui accompagnent toujours l'existence d'albumine dans les urines.

Avec ces symptômes généraux, nous trouvons des modifications locales survenues du côté de l'utérus qui, au point de vue du diagnostic, auront une très grande importance.

L'utérus qui, dans une grossesse normale à terme atteint en moyenne 34 centimètres de hauteur au-dessus de la symphyse pubienne, prend très rapidement un développement exagéré, qui attire l'attention de la femme elle-même ; l'augmentation de volume est souvent même si considérable qu'elle peut tromper sur l'époque de la grossesse un médecin qui n'aurait pas vu la malade avant le début des accidents ; il n'est pas rare de trouver 36, 38, 40 centimètres (observations XX, XXI, XXIV) pour des grossesses

de 7 mois $1/2$; cet accroissement se fait très rapidement et nous l'avons vu chez une femme (observation XXXI) passer de 37 centimètres à 39 en moins de trois heures.

L'utérus au lieu de conserver sa forme ovoïde régulière est oblong, souvent même irrégulier et plus ou moins rejeté sur l'un des deux côtés de la ligne médiane. En même temps, au lieu de rester mou, avec une certaine résistance élastique, il devient dur tendu, comme tétanisé, formant un bloc unique sur lequel il est impossible de reconnaître aucune partie fœtale ; c'est cet état de contraction permanente que M. Pinard a qualifié de « consistance ligneuse » et qui, à son avis, est un signe certain et sûr d'hémorragie rétro-placentaire.

Le palper ne peut plus alors donner de renseignements pour faire le diagnostic de la présentation et de la position du fœtus. Certains auteurs ont signalé que l'utérus présentait une consistance molle ; il se peut que cet état puisse se rencontrer surtout chez les femmes dont les accidents hémorragiques remontent déjà à plusieurs heures ; l'utérus tend alors à reprendre sa consistance normale. L'extraction d'un fœtus macéré semble venir confirmer cette hypothèse.

Barnes, Leroux, Lévret, Kortright et Baudelocque ont aussi perçu une tuméfaction locale qui siègerait au niveau de l'épanchement. De nos jours M^{me} Henry a trouvé chez plusieurs femmes un empâtement caractéristique qui correspondrait au point où se ferait l'hémorragie ; sur les vingt-huit observations qui nous ont été obligeamment communiquées, nous avons relevé sept fois ce symptôme. En particulier ;

dans l'observation XXXV, nous voyons cet empâtement siéger dans la corne gauche de l'utérus, alors que tout le reste de cet organe demeure entièrement tendu et résistant ne permettant de distinguer aucune partie fœtale.

L'auscultation est négative, on n'entend plus les bruits du cœur de l'enfant, celui-ci ayant presque toujours succombé dès le début des accidents ; la malade, du reste, nous apprend que la cessation des mouvements du fœtus a coïncidé avec les premiers symptômes. Si dans des cas très rares, nous percevons encore les bruits du cœur, nous les entendons monter à 150, 160 et tomber après plusieurs oscillations à 100 et 80 pour cesser bientôt ; en même temps le fœtus a des mouvements exagérés, spasmodiques, indiquant qu'il souffre et que la mort est proche.

Au toucher le col est généralement dur et résistant ainsi que tout le segment inférieur ; s'il y a un début de travail, le doigt arrive sur une poche des eaux, bombée et constamment tendue, même dans l'intervalle des contractions. Il est très difficile de déterminer, par suite de cette tension exagérée de la poche des eaux et de la résistance du segment inférieur, la partie fœtale qui se présente et son orientation.

Si l'on rompt la poche des eaux, le liquide amniotique qui s'en échappe, au lieu d'être opalescent, est parfois, comme l'a mentionné M. Pinard, légèrement rosé et teinté de sang ; ce caractère particulier se trouve plusieurs fois noté dans les observations recueillies à la clinique Baudelocque. Cette coloration est produite par le sang, qui après avoir infiltré le placenta et les membranes, arrive à pénétrer jusqu'au

liquide amniotique et à se mêler à lui en petite quantité; ce fait ne peut se produire que si l'écoulement remonte déjà à quelques heures.

L'hémorragie présente elle-même plusieurs formes qui sont déterminées par les obstacles et les difficultés que le sang rencontre pour parvenir jusqu'au dehors.

La forme la plus rare, celle qui offre le plus de peine à diagnostiquer est l'hémorragie interne ou «cachée» (concealed hemorrhage) comme l'ont appelée les médecins anglais : le sang s'accumule entre la paroi utérine et le placenta qu'il décolle sur une étendue plus ou moins grande, en déprimant les tissus et en s'y creusant une loge ou cupule, qui peut arriver à renfermer jusqu'à 1.200 grammes mêlé à des caillots; si les adhérences périphériques du placenta ne sont pas suffisamment résistantes, le sang les décolle et s'insinue sur la face interne de l'utérus, le long des membranes qu'il détache de proche en proche et finit par arriver jusqu'à l'orifice de la matrice. Là, sous la pression incessante du muscle utérin, la partie fœtale qui s'engage ou qui se trouve déjà en partie dans l'excavation, peut en s'appliquant exactement sur tout le segment inférieur, fermer hermétiquement tout passage au sang et le forcer ainsi à s'accumuler derrière elle.

Après avoir été d'abord interne, l'hémorragie peut devenir mixte, si le sang parvient à franchir l'orifice en dépit de l'obstacle qui lui est opposé et à s'écouler librement au dehors. L'hémorragie peut se produire presque après le début des premiers symptômes, comme plusieurs heures peuvent se passer avant qu'elle n'arrive à être apparente, en raison des mêmes

difficultés que nous venons de décrire. Tantôt elle ne sera réduite qu'à un simple suintement attirant à peine l'attention, tantôt elle se fera d'une manière continue, abondante, avec des moments d'arrêt correspondants à chaque contraction utérine. La douleur qui l'accompagne présente ce même caractère d'intermittence, redevenant plus intense et plus aiguë chaque fois que l'écoulement recommence.

Le sang, mêlé à des caillots dont la grosseur est variable, est très liquide; pur, rouge foncé, plutôt noir; quelquefois, surtout lorsque le sang a été retenu longtemps à l'intérieur de la cavité utérine, on a pu voir s'écouler un liquide roussâtre qui ne serait que du sérum séparé des caillots restés derrière le placenta.

Que l'hémorragie soit externe ou interne, la terminaison peut se faire de diverses manières, suivant qu'elle précède ou suit le début du travail.

Si l'hémorragie précède le travail, il peut arriver dans les cas heureux, et ce sont les plus rares, que les accidents n'aient que très peu de retentissement sur l'état général de la mère et que l'écoulement s'arrête spontanément ou après une intervention; le décollement placentaire qui en est la conséquence n'est pas alors assez étendu pour amener la mort du fœtus; n'ayant intéressé qu'un petit nombre de lobes, les échanges nutritifs, malgré la diminution de l'aire du placenta, sont encore suffisants pour assurer la vie à l'enfant; la grossesse peut continuer à évoluer normalement jusqu'à terme; le sang épanché se coagule, puis subit la dégénérescence fibrineuse et demeure dans la cavité utérine.

Bien que le fœtus ait presque toujours succombé

au début des premiers symptômes de l'hémorragie, on peut voir son expulsion tarder encore, surtout si l'accident se produit à une date assez rapprochée du terme; il séjourne quelque temps dans l'utérus où il est soumis aux phénomènes de la macération.

Le plus souvent l'hémorragie se termine par l'expulsion prématurée du fœtus mort ou vivant, en provoquant le travail; si les contractions utérines sont efficaces, la dilatation de l'utérus progresse rapidement; la poche des eaux se rompt et après quelques modifications dans l'écoulement, l'accouchement se fait en peu de temps; ce qui constitue l'issue la plus heureuse pour la mère.

Loin d'être aussi rapide, le travail est le plus souvent lent et soumis à de fréquents arrêts. Par suite de la contraction permanente de l'utérus, les douleurs s'affaiblissent et finissent par disparaître plus ou moins; l'hémorragie persiste malgré les interventions, surtout si elle est purement interne, le volume de l'utérus augmente en quelques heures. En même temps les phénomènes généraux redoublent d'intensité : à la céphalagie, aux oppressions viennent s'ajouter des douleurs épigastriques, souvent même des vomissements. La température générale du corps s'abaisse progressivement, le pouls qui jusqu'alors s'était maintenu entre 120 et 130, devient de plus en plus rapide, à peine perceptible, et souvent il devient impossible de le compter; la malade perd insensiblement et progressivement ses forces; agitée de mouvements convulsifs, en proie à des syncopes passagères qui se renouvellent et se prolongent de plus en plus pour faire place ensuite au collapsus, elle succombe bien avant la fin du travail.

Quelquefois la femme ne meurt que plusieurs heures après la délivrance, alors même que l'hémorragie a été arrêtée depuis longtemps; les pertes ont été assez abondantes pour amener un état d'anémie grave contre lequel les forces de la malade ne sont plus capables de lutter.

L'expulsion du fœtus et la délivrance au lieu de se faire en deux temps distincts et séparés comme dans l'accouchement normal, ont lieu au même moment; le placenta décollé avant la fin du travail, suit immédiatement le fœtus, appliqué contre lui; derrière le délivre s'écoule un flot de sang rouge sombre, mêlé à des caillots noirs de grosseur variable; la quantité de sang peut aller jusqu'au poids de 1.500 et même de 2.000 grammes. Certains auteurs anglais ont qualifié d'une façon heureuse et qui fait image l'expulsion rapide des diverses parties de l'œuf: ils l'appellent « accouchement en avalanche ».

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Si parfois le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire s'impose, parce que tous les symptômes que nous venons de décrire, se trouvent réunis chez une même malade, il est des cas, et ce sont les plus nombreux qui permettent un doute sur l'existence de cet accident, soit parce que certains signes viennent à faire défaut, soit parce que leur peu d'intensité les dérobe à notre attention ; c'est ainsi que des hémorragies internes légères ont passé inaperçues et n'ont pu être reconnues qu'après la délivrance.

Il existe aussi des accidents qui jusqu'à un certain point simulent un décollement du placenta normalement inséré : ce sont la rupture utérine et la rupture du kyste fœtale dans la grossesse extra-utérine.

Lorsqu'il se produit une rupture utérine, la femme ressent dès le début une douleur vive, aiguë, accompagnée souvent d'une sensation de déchirure et de craquement ; cette douleur est si violente qu'elle peut lui arracher un cri et même être suivie de syncope. D'autres fois elle est continue, localisée en

un point de l'abdomen. En même temps se fait un écoulement sanguin par les organes génitaux externes, écoulement qui ne ressemble en rien au sang rouge foncé, couleur cassis, et très liquide de l'hémorragie rétro-placentaire.

Le sang de la rupture utérine est noir, poisseux, sirupeux, et s'attache aux mains. On peut cependant trouver tous les caractères du sang artériel à cet écoulement lorsque la déchirure a intéressé les artères utérines. Dès que la rupture s'est produite, toutes les contractions cessent, et si la déchirure est très étendue, le fœtus est expulsé sur le péritoine de la cavité abdominale. Au palper, les parties fœtales, sinon tout le fœtus, sont directement accessibles ; elles sont pour ainsi dire sous la main n'en étant plus séparée que par l'épaisseur de la paroi abdominale. A côté du fœtus, on sent un corps plus petit, contracté, qui n'est autre que l'utérus revenu sur lui-même après avoir expulsé son contenu dans la cavité abdominale. Le ventre est irrégulier et déformé, mais n'offre pas comme dans l'hémorragie rétro-placentaire cette tension exagérée, cet état de tétanisation de l'utérus qui empêchent de distinguer et de délimiter les différentes parties du fœtus. L'auscultation, si l'enfant est encore vivant, donne des bruits beaucoup plus éclatants ; le foyer est plus superficiel et presque sous l'oreille. Le toucher fait sentir un utérus rétracté ; le doigt ne réussit pas à atteindre une partie fœtale, et trouve tout le segment inférieur revenu sur lui-même.

Si les accidents remontent déjà à plusieurs heures, des symptômes de péritonite aiguë viennent bientôt confirmer le diagnostic.

La rupture du kyste fœtal dans la grossesse extra-utérine présente aussi un ensemble de signes qui ont une très grande analogie avec ceux de l'hémorragie rétro-placentaire. La douleur cependant est plus brusque et plus aiguë, avec des irradiations multiples dans les reins et dans l'une des fosses iliaques ; le pouls est de suite petit, filiforme ; la femme, sous le coup d'une syncope, offre rapidement tous les symptômes généraux de l'hémorragie interne. En pratiquant avec soin le palper, on peut constater que la tumeur et les irrégularités que l'on rencontre à sa surface sont absolument indépendantes de l'utérus qui est rejeté sur un des côtés de la ligne médiane. Le toucher révèle en même temps l'existence d'un empâtement dans un des culs de sac latéraux ; enfin comme pour la rupture, une péritonite aiguë ne tarde pas à se déclarer, provoquée par le contact du fœtus et des liquides rejetés par le kyste sur la séreuse de la cavité abdominale.

On a pu confondre dans certains cas l'hémorragie interne avec la grossesse gémellaire et avec l'hydramnios aigu ; mais les différences sont tellement palpables que malgré quelques erreurs signalées dans la littérature obstétricale, il nous paraît inutile d'y insister.

C'est aussi pour la même raison que nous ne nous étendrons pas sur la différence à faire entre les accidents qui nous occupent et le diagnostic de l'appendicite se déclarant pendant les derniers mois de la grossesse. Le lieu précis de la douleur, les phénomènes fébriles qui l'accompagnent, la sensation spéciale de l'empâtement, etc., éveillent à peine l'idée que l'on se trouve en face des symptômes qui révèlent la présence d'un décollement prématuré du placenta.

Il y a lieu de distinguer les hémorragies provenant d'un décollement prématuré du placenta normalement inséré de celles qui sont liées à une insertion vicieuse; cette distinction est d'autant plus importante, que dans certains cas d'ailleurs assez rares, on peut trouver, comme nous l'avons vu au chapitre de l'étiologie, des hémorragies rétro-placentaires dues à une insertion vicieuse du placenta en bas et en avant.

Les écoulements sanguins provoqués par une insertion vicieuse offrent ce caractère particulier de se faire d'une manière insidieuse, sans cause appréciable, alors que fréquemment la femme n'a été soumise à aucune fatigue et se trouve au repos; ils commencent parfois la nuit lorsque la malade est endormie et n'offrent jamais ce début bruyant que nous avons constaté dans les pertes internes.

Rarement continue, cette hémorragie se reproduit après des temps d'arrêt plus ou moins longs, et n'est jamais assez abondante pour être mortelle dès sa première apparition. Elle n'amène jamais de modifications du côté de l'utérus qui conserve toujours sa même consistance molle et élastique; toujours indolente et silencieuse, elle ne provoque chez la femme un état d'anémie grave que par sa répétition. Le sang qui s'écoule est rouge vermeil et ne ressemble pas au sang presque noir, rouge cassis de l'hémorragie interne.

Si l'on pratique le toucher, le doigt arrive sur un col dévié en arrière, et à droite ou à gauche de la ligne médiane; il rencontre un repli circulaire du vagin qui simule une dilatation avancée, alors qu'il n'y a aucun travail; si, au contraire la dilatation est suffisante pour laisser passer l'index, celui-ci touche

des membranes dures et rugueuses, et arrive parfois sur une languette de tissu placentaire. Le segment inférieur est épaissi sur le côté opposé de la déviation du col, au point correspondant du lieu d'implantation du placenta ; le palper nous permet aussi de constater par une résistance spéciale que la tête bute sur une surface légèrement élastique qui l'empêche de s'engager ou tout au moins de se fixer au détroit supérieur et qui n'est autre que le placenta.

Tous ces symptômes, si le placenta se trouve aussi inséré sur la ligne médiane de l'utérus et à sa partie antérieure, peuvent faire place immédiatement à ceux de l'hémorragie interne, par le mécanisme que nous avons indiqué plus haut. C'est ce que nous pouvons précisément constater dans l'observation XXXIV ; au moment où nous voyons s'arrêter les pertes externes, le pouls s'accélère et en même temps l'utérus devient dur et ligneux. On voit ainsi l'intérêt qu'il y a de distinguer ces deux sortes d'hémorragie.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les altérations produites par l'hémorragie rétro-placentaire sont en général très marquées et permettent presque toujours de porter un diagnostic rétrospectif rien qu'à la vue du placenta.

Cet organe est recouvert sur sa face utérine par une quantité de caillots de grosseur variable, adhérents sur une étendue plus ou moins grande. Ces caillots ont un aspect différent selon leur âge ; mous et noirâtres quand l'hémorragie est récente, durs et fibrineux, si elle remonte déjà à un certain nombre d'heures. C'est à leur présence ainsi qu'à celle du sang, comme l'ont montré les deux coupes de Winter, de Pinard et de Varnier, que sont dus le soulèvement du placenta et la rupture de ses attaches avec l'utérus ; si l'on extrait avec soin ces caillots, on peut arriver quelquefois à trouver le point d'origine de l'hémorragie qui, presque toujours, avant de devenir rétro-placentaire, a commencé par être intra-cotylédonnaire. On constate que la partie du placenta sous-jacente à ces caillots est déprimée, aplatie, et forme

une sorte de loge ou cupule dont les bords sont plus élevés et à pic. Elle peut contenir jusqu'à 1.200 grammes de sang et même davantage ; tous les tissus aux dépens desquels elle est formée, paraissent exsangues, décolorés, très facilement friables et ne permettant plus de reconnaître traces de cotylédons ; si l'épanchement est ancien, cette partie du placenta notablement moins épaisse, devient fibreuse et d'une couleur jaunâtre. Autour de cette surface altérée, se trouve une zone plus ou moins congestionnée, ayant conservé son épaisseur normale et formant les limites de la cupule ; plus en dehors le tissu est sain et n'a subi aucune altération.

Le siège de l'épanchement est très variable et n'a rien de fixe ; tantôt il se réduit à une surface minime, n'intéressant qu'un petit nombre de lobes, ce qui a permis au fœtus de vivre malgré la diminution de l'aire placentaire, l'hématosé étant encore suffisante ; tantôt il débute dans la partie centrale du placenta, décolle la plus grande partie de cet organe et se trouve arrêté par les adhérences plus solides de la circonférence ; tel est le cas de Delaforterie rapporté par Baudelocque : appelé auprès d'une malade, Delaforterie arriva juste au moment de sa mort, et pour sauver l'enfant qu'il supposait encore vivant, il pratiqua l'opération césarienne. Il trouva le placenta fixé à l'utérus par sa circonférence seule, et tout le vide compris entre ces deux organes rempli de sang noir. Albinus avait publié de même un cas identique.

Il n'est pas rare de voir le sang parvenir à franchir en un point les limites du placenta ; il s'insinue alors sous les membranes où il peut, comme précédemment, se former une sorte de poche dans laquelle il s'accu-

mule en quantité considérable. A son contact, les membranes subissent quelques modifications : de lisses, elles deviennent rugueuses, et le doigt perçoit à leur surface des aspérités facilement reconnaissables à la vue.

Enfin, le placenta peut être entièrement décollé ; il est comparable alors à une lamelle de tissu mince, exsangüe, dure à la pression, doublé d'un énorme caillot adhérent. Tous les sillons qui divisaient sa face utérine ont complètement disparu, et l'on ne trouve plus trace de cotylédon.

Cet organe est transformé dans toute son épaisseur en un tissu homogène, jaune pâle ; sa surface est lisse et ne laisse plus voir de vaisseaux apparents.

Chez les femmes dont les urines sont albumineuses, d'autres lésions viennent s'ajouter aux précédentes. En effet, si l'on prend entre ses doigts leur placenta, on sent au milieu des cotylédons, des nodules, des masses plus dures que les tissus voisins, dont le volume peut varier de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de pigeon. Ce sont des infarctus ou foyers hémorragiques que l'on peut reconnaître très facilement à leur aspect et à leur coloration caractéristiques. Leur nombre peut être très variable ; quelquefois, on n'en rencontre qu'un seul, d'autres fois on en trouve cinq ou six, enfin ils sont même si nombreux qu'ils envahissent tout le placenta. Leur constitution et leur consistance sont différentes suivant les modifications subies par le sang épanché et suivant l'ancienneté de l'hémorragie.

De date récente, le foyer hémorragique présente une teinte rouge foncée, tranchant nettement sur tous les tissus voisins plus pâles et exsangües ; la

coupe nous le montre renfermant du sang en train de se coaguler et ayant l'apparence de gelée de cassis ; légèrement résistant à la pression, l'infarctus a plutôt une forme régulière, en général arrondie. Le microscope laisse apercevoir les villosités ayant conservé pour la plupart leur aspect normal ; cependant sur quelques unes d'entre elles, l'épithélium a subi quelques modifications ; il s'est produit de légères desquamations par place, et, sur d'autres, il y a eu prolifération du tissu et formation de bourgeons épithéliaux ; les vaisseaux sont partout perméables et sans changements apparents. Au milieu des lac sanguins, entre les villosités, on voit très nettement des filaments fibrineux formant de petites masses qui emprisonnent des globules sanguins.

Si l'hémorragie est plus ancienne, l'infarctus devient plus dur, ses contours sont plus réguliers, sa teinte s'assombrit davantage et à la coupe, il prend l'apparence d'une truffe enchassée dans le parenchyme. A cette disposition, M. Pinard a donné le nom de placenta truffé. En général, ces infarctus sont dissimulés dans l'épaisseur des cotylédons et viennent rarement faire saillie à la face utérine. Cependant, dans certains cas, comme dans l'observation V, on peut trouver des dépressions en forme d'entonnoir, à bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, qui partant de ces foyers, viennent déboucher à la face utérine ; c'est par cette voie que le sang s'est formé une issue derrière le placenta en écartant et en tassant les tissus des cotylédons. A ce stade de formation de l'infarctus, le microscope révèle la présence de masses fibrineuses beaucoup plus considérables occupant les lac sanguins ; ces masses ou coagu-

lums sont fortement teints par les seules matières colorantes du sang, car on ne trouve plus d'hématies qu'en nombre très restreint; quant aux villosités, repoussées et tassées par la fibrine, elles ont perdu presque en totalité leur épithélium et les vaisseaux qui les parcouraient ne sont plus perméables dans toute leur étendue.

Enfin, si le foyer hémorragique remonte à une date plus lointaine encore, il conserve sa forme, devient plus dur et se réfracte légèrement; il prend petit à petit une teinte chocolatée, puis jaune paille; il n'est plus alors constitué que par de la fibrine disposée d'une façon homogène ou formant des couches stratifiées et concentriques qui vont en se décolorant du centre à la périphérie. Au centre de ces infarctus se trouve quelquefois un noyau moins dense et plus mou qui n'a pas encore subi les modifications que nous venons d'énumérer. Les matières colorantes du sang ont été résorbées et les villosités sont complètement altérées; c'est à peine si l'on voit encore en leur centre des vestiges de vaisseaux.

Certains infarctus blancs peuvent présenter des fibrilles, de longues cellules blanches qui ne sont que du tissu conjonctif en voie de formation. Au milieu de ces éléments nouveaux circulent des vaisseaux très grêles qui se rompent parfois et forment ainsi de petits foyers entourés d'une coque de tissu plus résistant.

Comme on le voit, toutes ces altérations ne sont que les différentes périodes d'une même lésion que l'on peut trouver réunies sur le même placenta.

Mais comment expliquer cette formation de l'infarctus? Par quel processus, sous quelles influences ces coagulations se forment-elles?

Nous savons qu'il est une condition essentielle pour que le sang ne se coagule pas dans les vaisseaux ; il est indispensable que les épithéliums qui forment leur revêtement interne soient intacts et exempts de toute altération pathologique. Or, que se passe-t-il dans le placenta au moment de la formation de ces coagulums ? Nous voyons les cellules épithéliales tapissant les parois des villosités et des lacis sanguins subir une sorte de dégénérescence ; tantôt ces cellules desquament, tantôt elles prolifèrent et forment des bourgeons ; il en résulte une sorte de dépoli, des aspérités qui arrêtent le cours du sang et provoquent à ce niveau un ralentissement de la circulation inter-utéro-placentaire.

Bientôt contre ces bourgeons, on voit se fixer des filaments fibrineux qui se réunissent et constituent un réticulum qui enferme dans ses mailles les hématies ; tel est le mode de formation de ces caillots qui, en se développant, entourent les villosités de masses de fibrine et empêchent leur bon fonctionnement.

Est-ce par défaut de nutrition, est-ce sous l'influence de quelque agent microbien, est-ce enfin parce que la composition du sang est modifiée que ces altérations des cellules épithéliales se produisent ? La question n'est pas résolue.

Comme nous l'avons déjà vu, ces infarctus communiquent quelquefois avec la face utérine du placenta par une dépression cratériforme. Le sang, après avoir détruit les cotylédons voisins se fait une route jusqu'à la paroi utérine, et là, en s'accumulant et en se coagulant, il détruit les attaches du placenta.

On a discuté longtemps pour savoir s'il fallait rap-

porter les hémorragies intra-placentaires des albuminuriques et par suite les hémorragies rétro-placentaires, aux lésions des vaisseaux de la caduque ou à celles des vaisseaux fœtaux. C'est cette première opinion que professe M. Pinard; les faits cliniques semblent probants à cet égard; en effet, le fœtus ne meurt pas exsangue, mais plutôt asphyxié, par suite de l'obstacle apporté à l'hématose.

Les études histologiques faites sur le placenta albuminurique par Fehling et notamment par Rossier viennent étayer aussi cette théorie. Rossier a remarqué que toujours les vaisseaux des villosités conservent leur diamètre normal; les cellules qui les tapissent, sont presque toujours intactes et ce n'est que bien après qu'elles subissent quelques transformations, alors, que les lacs sanguins sont déjà envahis par des masses fibrineuses; au contraire, les vaisseaux de la caduque semblent être le siège des premières lésions; Rossier a même, vu sur une coupe, des vaisseaux maternels complètement dépourvus de leur endothélium; ces travaux sont d'ailleurs confirmés par ceux plus récents de Steffek.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Le pronostic des hémorragies rétro-placentaires est très sombre pour les enfants ; la plupart succombent dès les premiers symptômes, et si l'on arrive à en extraire quelques-uns vivants, le plus grand nombre de ces derniers périssent malgré tous les soins qu'on peut leur donner. Ils ne meurent pas, exsangues, anémiés, mais asphyxiés, l'hématose ne pouvant plus se faire.

Le tableau suivant fait voir que, d'après les diverses statistiques que nous avons recueillies, le fœtus est à peu près fatalement condamné.

Goodel, sur 107 enfants, 100 meurent ; soit 93, 4 0/0.

Dumarcet, sur 13 enfants, 13 meurent ; soit 100 0/0.

Henry Coë, sur 126 enfants, 118 meurent ; soit 94 0/0.

M^{me} Henry, sur 28 enfants, 26 meurent ; soit 92, 8 0/0.

Clinique Baudelocque, sur 32 enfants, 30 meurent ; soit 93, 7 0/0.

Le pronostic est moins sombre pour la mère ; cependant si l'on s'en rapporte aux premières statistiques publiées, on peut voir que les chiffres donnés par Brunton, par Braxton Hicks, par Goodel et par Henry Coë, donnent une mortalité excessive ; cela provient de ce que les accidents étant mal connus, on ne recueillait et ne publiait que les observations qui attireraient l'attention, à cause du caractère de gravité qu'elles présentaient.

Bien que cette proportion soit aujourd'hui au-dessous de la réalité, l'hémorragie interne doit être regardée comme une très grave complication de la grossesse ; certaines femmes peuvent mourir, comme nous l'avons vu, avant qu'on ait eu le temps de donner les soins que comportait leur état ; d'autres, au contraire, ont perdu une telle quantité de sang pendant le travail et partant se trouvent dans un tel état de faiblesse, que leurs forces et les ressources de leur organisme sont insuffisantes pour lutter contre l'anémie grave qui résulte de ces pertes.

Le tableau suivant permet de comparer les mortalités des diverses statistiques :

Brunton, sur 5 femmes, 5 meurent : soit 100 0/0.

Braxton Hicks, sur 23 femmes, 15 meurent : soit 65, 2 0/0.

Goodel, sur 106 femmes, 55 meurent : soit 51, 8 0/0.

Henry Coë, sur 152 femmes, 71 meurent : soit 46, 7 0/0.

Dumarcet, sur 13 femmes, 5 meurent : soit 38, 4 0/0.

M^{me} Henry, sur 28 femmes, 2 meurent : soit 7, 1 0/0.

Clinique Baudelocque, sur 31 femmes, 2 meurent : soit 6, 4 0/0.

Les deux derniers chiffres paraîtront peut-être très bas; mais nous rappellerons, en particulier pour celui de la clinique Baudelocque, qu'il a été établi d'après toutes les observations que nous avons pu recueillir dans le service de M. Pinard, quelles que soient leur gravité et leur terminaison.

Ce chiffre est probablement encore au-dessus de la réalité, car bien souvent les femmes qui arrivent avec cette complication sont déjà très anémiées, et les pertes sanguines qu'elles ont éprouvées les ont mises dans un état si précaire que les soins les plus énergiques sont inefficaces, alors qu'une intervention dès le début les eût peut-être sauvées.

Il faut donc, dans les statistiques précédentes tenir grand compte de l'état plus ou moins critique dans lequel les malades se trouvent lorsqu'on est appelé auprès d'elles.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

La question du traitement des hémorragies rétro-placentaires mérite plus particulièrement d'attirer l'attention des accoucheurs en raison de l'intérêt tout pratique qu'elle comporte. Bien souvent des soins appropriés suffiront pour éviter de fâcheuses complications chez la mère, surtout si l'on agit rapidement, dès les premiers symptômes et avant que les pertes aient affaibli et réduit la femme à un état d'anémie trop grave pour qu'il soit désormais possible de la sauver.

Si l'on se rapporte aux nombreuses observations publiées pendant ces dernières années, on verra que les opinions des auteurs diffèrent essentiellement sur le point qui nous occupe ; il semblerait qu'en présence d'accidents qui prennent de suite un caractère intense de gravité, on dut être en possession de moyens de traitement bien définis et efficaces ; devant ces méthodes diverses, il est permis d'hésiter avant de se poser des règles fixes sur la conduite à tenir en face d'une hémorragie due à un décollement prématuré du placenta.

La première question qui se pose est de savoir si l'on peut prévenir ces accidents en faisant suivre aux femmes un traitement prophylactique.

D'après les chiffres que nous avons donnés plus haut, nous avons vu que l'albuminurie était la cause la plus fréquente des hémorragies rétro-placentaires et qu'elle se traduisait pendant la grossesse par des symptômes faciles à reconnaître ; c'est à la néphrite qu'il faut s'adresser et c'est elle qu'il faut combattre par le régime lacté absolu ; dès que la présence de l'albumine sera révélée dans les urines, ce régime devra être immédiatement ordonné. En même temps, il faudra prescrire des purgatifs chez ces malades dont les intestins fonctionnent mal en général, et en particulier chez celles qui présenteraient des troubles de la vue, de la céphalée et des phénomènes d'auto-intoxication.

Non seulement ce traitement aura une action efficace sur l'état général de la mère, mais il permettra aussi d'espérer l'extraction d'un enfant vivant en arrêtant et en supprimant le développement des lésions placentaires qui feraient obstacle à l'évolution normale du fœtus.

Passons maintenant au traitement curatif ; il peut se diviser en deux parties : l'une comprenant l'ensemble des moyens destinés à combattre directement l'hémorragie, l'autre renfermant les soins qui doivent être donnés à la femme, pour soutenir ses forces et lui permettre de lutter contre l'anémie qui est la conséquence ordinaire de ces pertes graves.

Que l'hémorragie soit interne ou mixte, dès que les accidents se seront déclarés, dès que l'on aura reconnu les premiers symptômes permettant d'affir-

mer que l'on se trouve en face d'un décollement prématuré du placenta, on administrera des injections chaudes à 48 degrés. Dans certains cas ces injections pourront, surtout si elles sont renouvelées souvent, faire cesser momentanément l'écoulement ; mais il ne faut pas compter beaucoup sur ce moyen qui ne réussit régulièrement que dans les hémorragies provenant d'une insertion vicieuse du placenta. Dans le cas particulier qui nous occupe, l'action hémostatique de l'injection chaude ne peut se faire sentir à l'endroit d'où le sang sort des vaisseaux, parce que la surface d'implantation du placenta est trop haut située, pour que le liquide puisse l'atteindre ; il est urgent de recourir à un autre procédé.

Faut-il employer alors la méthode de Leroux et pratiquer un tamponnement vaginal ? c'est un moyen infidèle et dangereux que nous croyons pouvoir rejeter pour les raisons suivantes : Le tamponnement est d'abord en général, difficile à faire dans les hôpitaux, à plus forte raison l'est-il en clientèle ; il est ensuite appliqué à un endroit où ne se trouve pas la source de l'écoulement sanguin ; souvent aussi il est une cause de souffrance pour la femme et peut empêcher les évacuations de la vessie et du rectum ; enfin sans compter les dangers d'infection qui sont toujours à craindre, il n'offre qu'une sécurité trompeuse. Même avec un tamponnement bien fait, il n'est pas rare de voir persister l'hémorragie pour les mêmes raisons que nous avons énoncées au sujet des injections chaudes ; le sang, en effet, continue de s'écouler et, trouvant un obstacle qui s'oppose à sa sortie dans le vagin, il finit par infiltrer les tampons, s'il ne s'accumule pas derrière eux ; dans ce dernier

cas, on peut même voir l'utérus poursuivre son mouvement d'accroissement, la présence de ces tampons transformant l'hémorragie externe en hémorragie interne. Nous rejetons donc cette méthode comme inefficace et dangereuse.

Dès lors après avoir tenté les injections chaudes, on est autorisé d'après la thérapeutique suivie dans le service de M. Pinard à pratiquer la rupture des membranes. Ce fut Louise Bourgeois qui la première en 1609, formula dans son livre cette intervention. Baudelocque se montre aussi partisan de cette mesure dont le principe est d'obtenir, par le resserrement de l'utérus, une diminution du calibre des vaisseaux, et par conséquent celle de l'hémorragie. Mais en même temps il fait une réserve, car, dit-il, « comme cette hémorragie ne serait pas suspendue entièrement, le sang en s'accumulant dans la matrice lui redonnerait d'autant plus rapidement le volume qu'elle avait auparavant, que son tissu se laisserait plus facilement distendre, opposerait moins de résistance à l'épanchement. L'espace qu'occupaient les eaux de l'amnios se trouverait bientôt rempli par du sang et le danger se serait augmenté dans la même proportion. »

Après Baudelocque, Goodel, R. Barnes, Frendenberg adoptent cette méthode, avant même que la dilatation ait commencé. Au contraire, Braxton Hicks, Brunton, Cazeaux, Budin recommandent de conserver les membranes intactes le plus longtemps possible et de ne les rompre que lorsque la dilatation est complète ou déjà assez avancée. Plusieurs auteurs tels que Winter, Coë recommandent de ne pas toucher à la poche des eaux jusqu'à la dilatation complète,

cette poche devant, pensent-ils, s'opposer elle-même à une nouvelle hémorragie interne.

Nous croyons, d'après les résultats obtenus à la clinique Baudelocque, que la rupture de la poche des eaux diminue la tention intra-utérine, augmentée par l'hémorragie interne, et permet ainsi d'accélérer le travail, en laissant la partie fœtale qui se présente venir s'appuyer directement sur tout le segment inférieur et favoriser ainsi la dilatation. De plus l'utérus exerce une sorte d'auto-compression sur le fœtus qu'il rencontre en se rétractant; enfin, cette mesure suffit quelquefois pour arrêter l'hémorragie externe. C'est ce que les observations I, III, X, XV, XIX, XXX nous permettent de constater.

Pour que cette intervention produise son plein effet il ne suffit pas de faire une simple ponction de la poche comme le conseillait Barnes, il faut suivant l'avis de M. Pinard, déchirer largement les membranes.

Après la rupture de la poche des eaux, si le travail, est assez avancé, la tête peut s'engager dans l'excavation et l'accouchement se terminer rapidement. Mais la terminaison est loin d'être toujours aussi heureuse; les douleurs n'ont souvent aucune action, alors la nécessité s'impose d'opérer la dilatation rapide et suffisante pour le passage du fœtus au moyen de l'introduction d'un ballon Champetier.

Le cas le plus difficile qui puisse se présenter est celui d'une femme primipare dont le col est rigide, non effacé, et dont le segment inférieur de consistance ligueuse s'oppose à n'importe quelle manœuvre et rend très pénible l'introduction d'un ballon.

Le ballon une fois introduit avec toutes les précautions usitées en pareils cas, doit être gonflé au

maximum de façon à remplir exactement tout l'espace qui se trouve entre le fœtus et le col.

L'emploi du ballon Champetier présente de nombreux avantages : d'abord, en augmentant la pression utérine, il s'oppose directement à l'hémorragie; ensuite au bout d'une couple d'heures environ, il réveille la contraction utérine; la femme ressent bientôt des douleurs, et sous l'effort de plus en plus actif du muscle utérin, le ballon dilate progressivement l'orifice interne, s'introduit ensuite de proche en proche dans le segment inférieur, et finit après avoir complètement effacé le col et dilaté l'orifice externe, par être expulsé dans le vagin.

Pour arriver plus rapidement à obtenir la dilatation de l'orifice, il ne faut pas seulement se contenter d'introduire le ballon, il faut encore exercer de légères tractions sur le tube qui le termine, de manière à favoriser son glissement dans le segment inférieur; s'il résiste, on retire 50 ou 60 grammes de liquide, et après l'avoir fait descendre par de nouvelles tractions, on le remplit encore au maximum; en surveillant attentivement la malade et en recommençant plusieurs fois cette manœuvre, les contractions utérines deviendront régulières, efficaces, et au bout de quelques heures, le ballon sera expulsé et le fœtus apparaîtra à la vulve.

Il y a des cas où l'introduction du ballon dans la cavité utérine est pour ainsi dire impossible, nous en avons un exemple dans l'observation XXI; nous voyons alors une partie fœtale, après la rupture de la poche des eaux, venir s'appliquer exactement sur le segment inférieur et sur l'orifice qui est dur, rigide comme tout le reste de l'utérus; il est impos-

sible de repousser le fœtus pour permettre de placer un ballon au-dessus de cet orifice. Force est de recourir alors à la dilatation manuelle : on introduit un ou plusieurs doigts avec lesquels on écarte lentement les bords de l'orifice, manœuvre qui provoque assez rapidement des contractions.

Nous voyons encore dans cette même observation (observation XXI), que l'accouchement forcé fût pratiqué pour amener l'extraction rapide du fœtus, devant l'impossibilité qu'il y avait d'obtenir assez vite la dilatation par les méthodes qui sont actuellement à notre disposition. L'extraction put se faire en 15 minutes environ, malgré les difficultés opposées par la rigidité du col. En dépit des précautions employées, il se produisit une déchirure du cul de sac latéral droit. C'est à cause de ces ruptures partielles du segment inférieur que Puzos s'était élevé contre cette méthode très en honneur au XVII^e siècle et avait conseillé de la remplacer par la dilatation manuelle.

Quand la dilatation est complète, si l'expulsion du fœtus se fait avec lenteur, une application de forceps, en a facilement raison. Comme en général l'enfant a presque toujours succombé, il est indiqué de faire la basiotripsie. Cette dernière opération donnerait peut être certains avantages (observation XXII) parce qu'elle permet de faire passer la tête à travers un orifice incomplètement dilaté. L'embryotomie peut aussi donner dans les mêmes circonstances d'heureux résultats.

Il nous reste encore à parler d'une intervention qui, bien que très héroïque, semble devoir être dans les cas désespérés l'unique chance de salut pour la

malade ; c'est l'opération césarienne. Delaforterie ne l'avait pratiquée que pour tenter de sauver la vie de l'enfant aussitôt après la mort de la mère.

Il y a quelques années, Meyer avait émis l'idée qu'il serait peut être rationnel, quand la femme paraissait destinée fatalement à périr, de terminer l'accouchement par la voie abdominale. Cette idée n'avait été émise qu'à simple titre d'hypothèse et n'avait jamais été essayée, lorsque en 1892, comme Malcom Storér le rapporte, Bagot fit sur une femme, une opération de Porro avec un plein succès, dans les circonstances suivantes. Cette malade présentait tous les signes de l'hémorragie mixte ; l'utérus s'accrut en très peu de temps d'une manière considérable ; sa consistance dure et ligneuse, son état de tétanisation, le col non effacé, etc., étaient autant de conditions défavorables pour la marche rapide du travail. Le poulx à 150, faisait prévoir avant peu une issue fatale (observation XXXIII).

Bagot appelé auprès de cette femme, jugeant que son état ne lui permettait pas de supporter plus longtemps des pertes qui d'ailleurs ne faisaient que se renouveler et augmenter même d'intensité, résolut de terminer immédiatement l'accouchement, et de vider l'utérus par la voie abdominale.

L'opération choisie fût le Porro ; malgré des conditions d'hygiène et d'aseptie déplorable (l'opération eut lieu dans un petit village des environs de Dublin), la malade supporta parfaitement le shock opératoire, et après une convalescence pendant laquelle le thermomètre ne s'éleva jamais au-dessus de 100° Farenheit (37°7 centigrades) elle revint très vite et facilement à la santé.

Une telle intervention eut probablement sauvé de même la femme dont nous avons déjà parlé plus haut (observation XXI) si elle eut été pratiquée à la place de l'accouchement forcé; cette femme succomba épuisée par les pertes qui s'étaient succédées pendant le travail, en dépit de toutes les manœuvres faites pour les combattre. Considérant l'impossibilité de dilater rapidement l'orifice utérin dans des circonstances semblables. M. Pinard a résolu d'appliquer ce traitement radical à tous les cas analogues qui pourraient se présenter à l'avenir.

Aussitôt après l'extraction du fœtus, si le placenta n'est pas expulsé immédiatement comme cela arrive dans la majorité des cas, il est de toute nécessité de faire la délivrance artificielle, de retirer soigneusement tous les caillots de l'utérus et de combattre par une injection intra-utérine à 48°, toute hémorragie post-partum.

Après avoir passé en revue, toutes les méthodes employées et fait un choix parmi celles qui nous paraissent les plus rationnelles et semblent donner les résultats les plus heureux, il nous reste à indiquer quelles sont les moyens thérapeutiques pour lutter contre l'anémie qui s'empare inévitablement de la femme épuisée par l'hémorragie et lui donner les éléments nécessaires à la réparation de ses forces.

Tout d'abord la femme devra rester immobile, la tête basse; on prescrira des enveloppements chauds, l'emploi de l'alcool et des excitants de toutes sortes; des injections hypodermiques d'éther et de caféine seront d'un bon effet, car elles agiront sur le système nerveux déprimé.

Dans les cas très graves, si les pertes sanguines ont été considérables, il est tout indiqué de faire des injections de sérum artificiel afin de relever la tension artérielle et de restituer à l'économie une partie de ses éléments nutritifs.

En résumé la règle de conduite à tenir en présence d'une hémorragie rétro-placentaire, c'est de vider immédiatement l'utérus en rompant les membranes et en introduisant un ballon dilatateur dans la cavité utérine ; et après l'expulsion les fœtus de pratiquer immédiatement la délivrance artificielle si le placenta reste encore adhérent.

Dans des circonstances très rares où le temps manquerait pour intervenir d'une autre façon, la césarienne suivie ou non du Porro pourra donner de bons résultats.

N ^o	AUTEURS	PARITÉS	AGE de la GROS- SESSE	CONSISTANCE de L'UTÉRUS	HAUTEUR UTÉRINE	PRÉSENTATION	FORME de L'HÉ- MORRA- GIE
1	Cl. Baudelocque.	1	8 mois.	Ligneuse.	32 cent.	O. I. G. T.	Mixte.
2	id.	2	6 mois 1/2	Ligneuse.	?	Sommet.	id.
3	id.	7	5 mois.	Ligneuse.	27 cent.	id.	id.
4	id.	8	5 mois.	A peu près normale.	34 cent.	1 ^{er} fœtus, Sommet. 2 ^e fœtus, Siège.	id.
5	id.	6	7 mois.	Ligneuse.	?	Sommet.	Interne.
6	id.	2	7 mois.	Utérus très distendu	32 cent.	A. I. G.	Mixte.
7	id.	2	5 mois.	?	?	?	id.
8	id.	1	7 mois.	Ligneuse.	?	?	id.
9	id.	1	7 mois.	?	?	?	id.
10	id.	7	7 mois.	Molle.	28 cent.	Sommet.	id.
11	id.	5	5 mois 1/2	Ligneuse.	23 cent.	id.	id.
12	id.	5	6 mois.	Normale.	28 cent.	Siège.	id.
13	id.	1	8 mois.	Ligneuse.	30 cent.	Sommet.	id.
14	id.	1	?	Normale.	23 cent.	id.	id.
15	id.	1	7 mois.	Normale.	28 cent.	id.	id.
16	id.	1	8 mois 1/2	Utérus constamment tendu.	27 cent.	id.	id.
17	id.	2	7 mois.	Ligneuse.	28 c. après rupture des membranes	id.	id.
18	id.	3	7 mois.	?	24 cent.	id.	Interne.
19	id.	2	7 mois.	Ligneuse.	27 cent.	id.	Mixte.
20	id.	1	7 mois 1/2	Utérus très tendu.	31 cent.	id.	Interne.
21	id.	3	7 mois.	Ligneuse.	36 cent.	Siège.	id.
22	id.	1	A terme	Utérus très tendu au début. Légèrement ligneux ensuite.	41 cent.	Sommet.	Mixte.
23	id.	5	8 mois.	Ligneuse.	35 cent.	id.	id.
24	id.	12	7 mois 1/2	Normale.	39 cent.	Siège.	id.
25	id.	3	7 mois	Normale.	24 cent.	Sommet.	Interne.
26	id.	1	7 mois.	Ligneuse.	30 cent.	id.	Mixte.
27	id.	1	8 mois 1/2	Normale.	28 cent. puis 32 cent.	id.	Interne.
28	id.	4	8 mois.	Normale.	28 cent.	id.	Mixte.
29	id.	1	8 mois.	Utérus très tendu.	35 cent.	id.	id.
30	id.	5	9 mois.	Normale.	35 cent.	id.	id.
31	id.	4	9 mois.	Ligneuse.	37 cent. puis 40 cent.	id.	id.
32	Bernheim.	5	9 mois.	?	?	id.	id.
33	Malcom Storer (Cas de Bagot).	8	8 mois.	Très dure.	?	id.	Mixte p ^r interne.
34	Baudron.	3	7 mois.	Ligneuse.	?	id.	Interne.
35	M ^{me} Henry.	1	?	Utérus très tendu. Empâtement dans la corne gauche.	?	id.	Mixte.

POULS	RÉSULTAT pour		INTERVENTIONS	CAUSES
	MÈRE	FŒTUS		
?	Vivante	Mort-né.	Rupture artificielle des membranes à une dilata- tion comme 2 franes.	Albuminurie.
112	Morte.	id.	Rupture artificielle des membranes avant toute dilatation. Ballon-Tarnier.	id.
136	Vivante	Mort.	Rupture artificielle des membranes à une dilata- tion comme 1 franc.	id.
?	id.	Morts.	Rupture artificielle des membranes avant la dilatation complète.	id.
72	id.	Macéré.	Rupture artificielle des membranes. — Embryo- tomie.	id.
?	id.	Mort 30' après.	Version par manœuvres internes.	Hydramnios.
?	id.	Macéré.		Urines non examinées.
98	id.	id.	Ballon Champetier. — Rupture artificielle des membranes après expulsion du ballon.	Albuminurie.
?	id.	id.		id.
?	id.	id.	Rupture artificielle des membranes à une dilata- tion comme une paume de main.	id.
112	id.	Mort-né.	Ballon Champetier. — Rupture artificielle des membres après expulsion du ballon.	id.
?	id.	Mort.		
112	id.	Mort-né.	Rupture artificielle des membranes au début du travail. — Forceps.	Hydramnios.
?	id.	Macéré.	Rupture artificielle à la dilatation complète.	Albuminurie.
?	id.	Mort-né.	Rupture artificielle à une dilatation comme 1 franc.	id.
?	id.	id.	Rupture spontanée prématurée à une dilatation comme 2 franes.	id.
84	id.	Morte.	Rupture artificielle des membranes au début du travail.	id.
?	id.	Macéré.		id.
80	id.	Mort après quelques inspirations.	Rupture artificielle des membranes à une dilata- tion comme 5 franes.	Albuminurie. Placenta vi- cieusement viscére. 29/3.
108	id.	Macéré.	Rupture spontanée tardive.	Brièveté accidentelle du cordon.
90	Morte.	id.	Rupture artificielle des membranes à une dilata- tion comme 5 fr. Accouchement forcé.	Hydramnios.
140	Vivante	Mort-né.	Rupture spontanée précoce. — Dilatation ma- nuelle. — Basiotripsie.	Albuminurie.
120	id.	id.	Rupture artificielle des membranes à une dilata- tion comme 2 franes.	id.
120	id.	id.	Rupture artificielle des membranes. — Ballon Champetier.	id.
?	id.	Vivant mis en cou- veuse.	Rupture spontanée précoce.	Insertion vicieuse 26/4.
100	id.	Macéré.	Rupture artificielle à dilatation complète.	Albuminurie.
120	id.	Mort-né.	Rupture spontanée précoce.	id.
100	id.	Vivant mis en cou- veuse.	Rupture spontanée tempestive.	Méso-cordon.
96	id.	Macéré.	Rupture spontanée précoce.	Insertion vicieuse du pla- centa en avant et à droite. 30/3.
124	id.	Mort.	id.	
70	id.	id.	Rupture artificielle à une dilatation comme 2 franes.	Albuminurie.
?	id.	id.	Rupture artificielle ayant provoqué l'accident.	Hydramnios, 5 litres.
150 puis 200	id.	id.	Membranes rompues artificiellement avant tout travail. — Opération de Porro.	Choc violent sur l'abdomen.
96	id.	id.	Rupture artificielle des membranes, dilatation complète.	Insertion vicieuse du pla- centa en avant et à droite.
?	id.	Macéré.	Injectons chaudes. — Rupture spontanée, dilatation complète.	Albuminurie.

OBSERVATIONS

DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

OBSERVATION 1. — Clinique Baudelocque, n° 238 (1891).

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ. — HÉMORRAGIE ET DÉCHIRURE. —
RUPTURE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES A UNE DILATATION
DE 2 FRANCS. — CONSISTANCE LIGNEUSE DE L'UTÉRUS.

La nommée Suzanne P..., âgée de 20 ans, Ipare, marchande, entre à la salle de travail, le 22 février 1891, à 9 h. 15 du matin.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — Réglée à 12 ans régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Fièvre scarlatine à 12 ans.

Dernières règles. — 25 juin 1890.

Mouvements actifs. — Fin d'octobre 1890.

Hauteur de l'utérus. — 32 centimètres.

Age de la grossesse. — 7 mois 1/2.

Epistaxis le dernier mois de la grossesse. Petite quantité d'albumine dans les urines.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons normaux; œdème léger aux membres inférieurs; varices nulles.

Examen obstétrical. — Seins normaux; ventre peu volumineux; utérus dévié à droite et présentant une consistance ligneuse; tension des parois assez considérable.

Présentation du sommet, engagement peu prononcé.

Position et variété : gauche antérieure.

Bassin normal.

Foyer d'auscultation nulle.

Cette femme se présente le matin, ayant une chemise absolument baignée de sang, ainsi qu'une serviette; elle dit en avoir mis une propre avant de venir, l'autre étant également imprégnée. Elle a le faciès assez décoloré et paraît avoir perdu une quantité notable de sang.

Après la sortie de la tête, au moment de l'expulsion du tronc du fœtus, il y eut un écoulement de sang noirâtre assez considérable.

Accouchement. — Début du travail, le 22 février 1891, à 6 heures du matin (?)

Entrée à la salle de travail, le 22 février à 9 h. 15 du matin.

État de la dilatation à l'entrée, 2 francs.

Variété de la position : gauche antérieure.

Dilatation complète à 10 h. 40 du matin, le 22 février.

Rupture artificielle des membranes à une dilatation comme 2 francs.

Liquide amniotique normal.

Variété de position au moment du dégagement OP.

Expulsion du fœtus à midi 5, le 22 février 1891.

Durée de la période d'expulsion : 30 minutes.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : nulle, l'hémorragie s'étant arrêtée après la rupture artificielle des membranes.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : nulle.

Délivrance. — Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse aussitôt après l'expulsion, 20; puis 22, 23, 23, 23, 21 centimètres de 5 en 5 minutes.

Présentation du placenta : face fœtale.

Extraction simple à midi 40.

Au moment de la délivrance, avant la sortie du placenta, il y eut expulsion de quelques caillots pesant 150 grammes.

Enfant. — Sexe masculin, mort-né.

Poids, 1.420 grammes.

Longueur totale : 40 centimètres.

Annexes. — Placenta. Forme discoïde. Poids, 270 grammes.

Membranes complètes.

Mensuration des membranes, 26/10.

Cordon. — Insertion près du bord.

Longueur 47 centimètres. Volume petit.

La face utérine du placenta présente deux dépressions au niveau desquelles probablement se trouvaient les caillots qui furent expulsés derrière le fœtus.

A la coupe, on trouve deux foyers hémorragiques très anciens, fibreux : l'un gros comme une noisette, l'autre comme une noix allongée,

On trouve encore des foyers plus récents mais moins nets qu'on ne les voit d'habitude. Il y a seulement une coloration plus noire du placenta à leur niveau et une friabilité plus grande du tissu placentaire. A la périphérie du placenta on trouve aussi des cotylédons atrophiés.

Mère sortie en bon état, le 7 mars 1891.

OBSERVATION II. — Clinique Baudelocque, n° 857 (1891)

HÉMORRAGIE AVANT L'ACCOUCHEMENT ET PENDANT L'EXPULSION
DU FŒTUS. — UTÉRUS LIGNEUX. — ALBUMINURIQUE. —
MORTE LE 2 JUILLET.

La nommée Clothilde C..., âgée de 25 ans, domestique, Hpare entre à la salle de travail le 1^{er} juillet 1891, à midi 30.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A marché à 10 mois, toujours bien.

Réglée à 14 ans irrégulièrement tous les mois.

Antécédents pathologiques. — Rougeole dans l'enfance.

Grossesse et accouchement antérieurs. — Grossesse du terme de 6 mois 1/2, enfant mort.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, 26 novembre 1890.

Au moment de l'accouchement, albumine dans les urines en quantité.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons normaux ; œdème aux membres inférieurs ; varices nulles.

Examen obstétrical. — Seins, ventre normaux.

• Utérus de consistance ligneuse.

Présentation céphalique. Auscultation nulle.

Cette femme a le faciès décoloré ; elle perd abondamment sa chemise est inondée ; elle dit avoir perdu beaucoup à l'hôpital Beaujon où elle s'est présentée avant de venir à la clinique Baudelocque. Par le toucher on trouve le col long, l'orifice externe à peine entr'ouvert. M^{lle} Roze introduit un doigt dans le canal cervical et arrive sur les membranes qui sont fortement tendues, les rompt après s'être assuré de la présentation du fœtus qui est le sommet.

La femme ne perd plus, la tête est engagée et appuie bien ; à 1 heure du soir, M. Potocki veut introduire le ballon Champetier, mais la tête étant trop engagée, il ne peut y parvenir ; il introduit alors à 1 h. 1/2 du soir le ballon Tarnier. A 3 heures du soir, la parturiente perd un peu de sang, M^{lle} Roze retire alors le ballon Tarnier ; il s'écoule encore un peu de sang. Après la sortie du ballon, on fait une injection vaginale et l'hémorragie s'arrête. A 6 heures du soir, T. 37° 2 ; A 10 heures, T. 35° 8 ; P. 142.

Langue sèche, lèvres fuligineuses.

Accouchement. — Entrée à la salle de travail le 1^{er} juillet 1891, à midi 30 minutes.

État de la dilatation à l'entrée : col long.

Variété de la position : gauche antérieure.

Dilatation complète à 10 h. 20 du soir.

Rupture artificielle des membranes à midi 45 avant toute dilatation.

Variété de position au moment du dégagement : occipito pubienne.

Expulsion du fœtus à 10 h. 40 du soir le 1^{er} juillet.

Durée de la période d'expulsion : 5 minutes.

Observations. — Pendant l'expulsion du fœtus, il sortit une quantité assez considérable de sang noirâtre ainsi que de nombreux caillots paraissant remonter à quelques heures à cause de leur coloration. Le placenta fut expulsé au devant de ces caillots ; on fit une injection intra-utérine prolongée ; l'utérus se rétracta promptement. La quantité de sang perdue pendant la délivrance était de 640 grammes de caillots.

Enfant. — Sexe masculin : mort-né.

Poids, 1.030 grammes. Longueur totale : 35 cent. 1/2.

Annexes. — Placenta forme circulaire. Poids 186 grammes.

Altérations : anciens foyers hémorragiques.

Membranes complètes.

Mensuration des membranes : 25/4.

Cordon, Insertion centrale. — Longueur : 30 centimètres.

Volume grêle.

La mère mourut le 2 juillet à 1 heure du matin.

OBSERVATION III. — Clinique Baudelocque, n° 247 (1892).

FEMME ALBUMINURIQUE. — DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA. — HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE. — UTÉRUS DE CONSISTANCE LIGNEUSE.

La nommée Caroline P..., âgée de 32 ans, passementière, VIIpare entre à la salle de travail le 23 février 1892 à 9 heures du soir.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A marché à 4 ans, toujours bien. Réglée à 11 ans, régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Fièvre typhoïde à 10 ans. — Phlegmon du ligament large en 1882 après son 3^e accouchement.

Grossesses et accouchements antérieurs. — 1^{er} accouchement en 1879, à 8 mois, enfant mort et macéré.

2^e accouchement en 1880 à terme, enfant vivant.

3^e, 4^e, 5^e et 6^e accouchement en 1882, 1883, 1884, 1889 ; tous les enfants étaient morts et macérés, les grossesses se terminant entre le 5^e et le 7^e mois.

Grossesse actuelle. — Dates des dernières règles : 12 au 17 septembre 1892.

Mouvements actifs : première quinzaine de janvier.

Hauteur de l'utérus : 27 centimètres à 11 h. du soir le 23 février 1892 ; puis 33 centimètres.

Age de la grossesse : 5 mois. — Albumine dans les urines.

Examen. — Squelette et peau normaux. Cœur et poumons bons.

Utérus de consistance ligneuse.

Tension des parois : assez considérable.

Présensation du sommet.

Observations. — Le 23 février 1892 vers 1 heure du soir, pendant que cette femme allait à la garde robe, elle ressentit une vive douleur et perdit une grande quantité de sang qu'elle ne peut évaluer. Depuis ce moment jusqu'à 9 heures du soir, l'hémorragie a continué abondante. On lui fit des injections chaudes à son entrée à la clinique et l'hémorragie s'arrêta.

Le 23 février à 9 h. du soir, la température s'élève à 36° et le pouls à 120.

Le 24 février à 10 h. 20 du matin, M. Pinard constate que le col est effacé ; l'orifice admet l'extrémité de l'index ; la poche des eaux est tendue constamment.

M. Pinard, d'après les renseignements qui lui sont fournis et après l'examen de cette femme, fait le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire.

A 3 h. du soir, la femme perdant un peu de sang, M. Lepage rompt les membranes, la dilatation est alors comme 1 franc ; le liquide amniotique sort en petite quantité et est fortement teinté de sang ; les douleurs deviennent de plus en plus fréquentes ; le travail se fait rapidement et à 3 h. 25 le fœtus est expulsé, la température est de 36°4 et le pouls est à 120. On trouve 4 grammes d'albumine dans les urines.

Accouchement. — Début du travail le 24 février 1892, à 9 h. 55 du matin.

Entrée à la salle de travail à 9 heures du soir, le 23 février.

Début de la dilatation : à 10 h. 20 du matin, le 24 février.

Durée de la période de dilatation : 5 h. 30 environ.

Rupture artificielle des membranes avant la dilatation complète à 3 heures du soir, le 24 février.

Liquide amniotique teinté par du sang.

Expulsion du fœtus à 3 h. 25 du soir, le 24 février 1892.

Quantité de sang perdue avant l'expulsion : notable.

Durée totale du travail : 4 h. 30.

Délicrance. — Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse aussitôt après l'expulsion : 25 centimètres ; puis 24, 23 de 5 en 5 minutes.

Extraction par expression 15 minutes après l'expulsion du fœtus.

Observations. — 15 minutes après l'expulsion du fœtus deux violentes contractions utérines ont chassé un énorme caillot ; on fit un peu d'expression utérine et de nouveau sortit une grande quantité de caillots et immédiatement après le placenta. Tous ces caillots réunis pesaient 560 grammes. Injection intra-utérine très chaude à l'eau phéniquée.

Enfant. — Le fœtus pesait 520 grammes.

Annexes. — Placenta : Forme discoïde.

Poids, 230 grammes.

Membranes complètes.

Mensuration des membranes, 17/4.

Cordon : Longueur, 33 centimètres.

Insertion presque centrale.

Volume normal.

La mère sortit en bon état de la clinique le 6 mars 1892 ; il n'y avait plus de traces d'albumine dans ses urines.

OBSERVATION IV. — Clinique Baudelocqué, n° 1.734 (1892).

GROSSESSE GÉMELLAIRE. — AVORTEMENT DE 4 MOIS 1/2 ENVIRON. — HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE CHEZ UNE FEMME ALBUMINURIQUE AYANT DÉJÀ EU UN DÉCOLLEMENT PRÉ-MATURÉ EN MARS 1892. (Voir l'observation précédente n° 247.)

La nommée Caroline P..., âgée de 32 ans, passementière, Villipare, entrée à la salle de travail à 7 heures du soir, le 10 décembre 1892.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 12 au 16 juillet 1892.

Apparition des mouvements actifs fin novembre.

Hauteur de l'utérus : 34 centimètres.

Age de la grossesse : 5 mois environ.

Au moment de l'accouchement on trouve quelques traces d'albumine dans les urines.

Examen obstétrical. — Utérus plus développé que pour le terme de la grossesse.

Tension des parois assez considérable.

Présentation : Sommet pour le premier jumeau ; siège pour le second.

Engagement : non effectué.

Auscultation : On n'entend plus les bruits du cœur.

Observations. — Cette femme arrive à la clinique Baude-locque le 10 décembre 1892, à 7 heures du soir, perdant du sang en quantité peu considérable relativement à l'état général du sujet ; les muqueuses sont décolorées, le pouls est rapide, les parois utérines sont tendues ; l'utérus est plus développé que pour le terme de la grossesse indiqué par la femme. M. Lepage fait le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire en raison des phénomènes généraux graves sans hémorragie externe considérable ; cependant la tension de l'utérus n'est pas aussi marquée que dans d'autres cas, surtout dans la zone supérieure de cet organe.

Le 11 décembre, à 4 heures du soir, un nouvel écoulement se fait en même temps que débutent les contractions utérines. A 4 h. 45, rupture artificielle des membranes, l'écoulement sanguin cesse ; à 5 h. 55 du soir, expulsion d'un premier embryon ; à 7 h. 55, expulsion du deuxième suivi de celle de la masse placentaire et de nombreux caillots noirâtres.

Accouchement. — Début du travail : 11 décembre 1892, à 2 heures du soir.

Entrée à la salle de travail : 10 décembre, à 7 heures du soir.

Début de la dilatation : à 3 heures du soir le 11 décembre.

Dilatation complète : 11 décembre à 5 h. 50 du soir.

Durée de la période de dilatation : 2 h. 30 environ.

Rupture artificielle des membranes à une dilatation comme 2 francs pour le 1^{er} fœtus à 4 h. 45 ; à 7 h. 50, rupture artificielle pour le 2^e.

Liquide amniotique teinté de sang.

Expulsion du fœtus : 5 h. 55 du soir pour le 1^{er} ; 7 h. 55 du soir pour le 2^e.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : minime.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : nulle.

Durée totale du travail : 6 h. 10.

Délivrance. — Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse, 5 minutes après l'expulsion du fœtus : 23 centimètres ; puis 23 centimètres dans les 5 minutes suivantes.

Présentation des placenta ; face utérine pour les deux.

Expulsion spontanée à 8 h. 10 du soir, le 11 décembre.

Quantité de sang perdu pendant la délivrance : normale.

Enfants. — 1^{er} fœtus : mort-né ; sexe : féminin ; poids 300 grammes.

2^e fœtus : a fait quelques mouvements ; sexe : féminin ; poids 330 grammes.

Observations. — Le 1^{er} fœtus présente un certain degré de flaccidité de la tête ; le cordon n'est pas encore infiltré, l'aspect extérieur montre que la mort est de date récente.

Le 2^e fœtus est moins coloré ; il offre une coloration violacée à la face plantaire due au mode de présentation.

Annexes. — Les deux placentas sont reliés par un pont membraneux en partie détruit pendant l'extraction. En examinant le placenta du 1^{er} fœtus, on constate la présence de deux caillots volumineux, doublant pour ainsi dire l'épaisseur du tissu placentaire ; caillots contigus occupant plus de la moitié du placenta ; ces caillots paraissent de date récente et être formés à peu près à la même époque ; l'un d'eux est cependant un peu moins consistant que l'autre : ils mesurent en place à eux deux une largeur de 11 centimètres et un diamètre transverse à peu près de 5 centimètres ; ils font au-dessus de la surface placentaire une saillie de 2 centimètres environ. Sur le reste du placenta non occupé par ces caillots, on constate que les cotylédons sont en partie dégénérés et qu'il existe dans cet endroit une dépression de surface lisse et régulière ayant 5 centimètres de largeur sur 3 centimètres de longueur ; cette dépression était manifestement occupée par un caillot.

Le placenta du 2^e fœtus présente aussi une dépression creusée probablement par une hémorragie qui s'est produite à ce niveau ; elle mesure 6 centimètres sur 4. Le reste du tissu placentaire offre des foyers hémorragiques multiples, petits, isolés, dont les uns ont déjà subi la transformation fibreuse et les autres sont de dates plus récentes.

Les membranes sont complètes et mesurent 11/7.

La mère partit en bonne santé le 25 décembre 1892.

OBSERVATION V. — Clinique Baudelocque, n° 278 (1892).

ALBUMINURIE. — HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE. — UTÉRUS DE CONSISTANCE LIGNEUSE. — PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE GAUCHE. — D. P. — EMBRYOTOMIE PRATiquÉE A L'AIDE DES CISEAUX DE DUBOIS PAR M. PINARD. — ENFANT MORT ET MACÉRÉ.

La nommée Louise G..., âgée de 36 ans, concierge, Vipare, est entrée à la salle de travail le 1^{er} mars 1892, à 3 heures du soir.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — Régée à 15 ans.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

Grossesses et accouchements antérieurs. — En 1874 et 1876 deux accouchements spontanés à terme, ayant donné deux enfants vivants. Les trois derniers accouchements ont amené des enfants morts. Même père pour tous les enfants.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 4 au 9 juillet 1891. Age de la grossesse : 7 mois environ.

Pas d'hémorragie. Epitaxis pendant les derniers mois de la grossesse. Légère amblyopie. 4 grammes d'albumine dans les urines.

Examen général. — Squelette, peau, cœur et poumons normaux.

Œdème considérable des membres inférieurs ayant apparu dans les derniers jours de la grossesse. Œdème sus-pubien.

Examen obstétrical. Utérus : de consistance ligneuse.

Auscultation nulle.

Observations. — Cette femme ne perd pas et n'a pas perdu de sang : elle se plaint pendant et en dehors de tout examen ; elle accuse une grande sensibilité du ventre quand on essaie de la palper. Le palper est impossible. L'utérus est de consistance ligneuse, l'auscultation nulle. Au toucher, on trouve le segment inférieur de consistance ligneuse, le col long également dur ; on ne sent aucune partie fœtale. M^{lle} Roze sent, du bout du doigt introduit dans le col, les membranes extrêmement tendues ; elle pense alors à une hémorragie rétro-placentaire, bien que la femme ne perde pas de sang à son arrivée.

Le 2 mars, la consistance ligneuse, si appréciable la veille, a en partie disparu ; la parturiente ne perd pas de sang, la température est bonne, le pouls normal ; sous l'influence du régime lacté, l'albumine n'est plus que de 0 gr. 75 centigrammes par litre le 3 mars.

Accouchement. — Début du travail : 1^{er} mars 1892 à 8 heures du matin (?).

Entrée à la salle de travail : 1^{er} mars à 3 heures du soir.

Début de la dilatation : (?)

Variété de la position : Épaule gauche D P.

Dilatation complète à 8 h. 1/2 le 4 mars 1892.

Durée de la période de dilatation : (?)

Rupture des membranes, spontanée, tempestive à 8 h. 1/2 le 4 mars.

Liquide amniotique : brun.

Embryotomie à l'aide des ciseaux de Dubois faite par M. Pinard à 10 h. 30, le 4 mars.

Durée totale du travail : 17 h. 30. (?)

Délivrance. — Expulsion spontanée du placenta 15 minutes après l'embryotomie.

Observations. — 550 grammes de caillots anciens furent expulsés avec le placenta.

Injection intra-utérine.

Enfant. — Sexe : masculin ; mort et macéré.

Poids, 2,300 grammes.

Annexes. — Placenta : forme circulaire.

Poids, 450 grammes,

Membranes : complètes, il manque un peu de caduque.

Mensuration des membranes : 27/8.

Cordon : insertion centrale ; longueur, 65 centimètres.

Une dépression existe sur un bord du placenta, à l'endroit où il y a eu une hémorragie ; il y a des foyers hémorragiques récents, nombreux, quelques uns anciens (de la grosseur d'une noix à une noisette). Le placenta est conservé au musée avec le fœtus.

On aperçoit en outre sur la face utérine trois ou quatre orifices cratériformes à bords coupés comme à l'emporte-pièce et qui conduisent dans de gros et de petits foyers hémorragiques récents.

La femme est sortie en bon état le 15 mars 1892.

OBSERVATION VI. — Clinique Baudelocque n° 645 (1892).

FEMME EXAMINÉE PAR UNE SAGE-FEMME DE LA VILLE. — DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA. — UTÉRUS TRÈS TENDU, LIQUIDE AMNIOTIQUE ABONDANT. — DEUX TENTATIVES DE VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES SANS SUCCÈS. — VERSION INTERNE PAR M^{lle} VAILLANT.

La nommée Marie J..., âgée de 25 ans, ménagère, IIpare, est entrée à la salle de travail le 9 mai 1892, à 9 heures du soir.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A marché à 14 mois, toujours bien. Réglée à 13 ans, d'une façon irrégulière ; elle reste parfois trois mois sans rien voir. Cet état dure jusqu'à l'âge de 18 ans, depuis ce temps elle voit tous les 25 jours.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

Grossesse et accouchement antérieurs. — Une grossesse terminée il y a 19 mois ; accouchement normal spontané, sommet, enfant vivant.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 8 au 14 octobre 1891.

Apparition des mouvements actifs : milieu de février.

Hauteur de l'utérus : 32 centimètres.

Age de la grossesse au moment de l'accouchement : 7 mois.

Accidents et complications. — Au début de la grossesse, douleurs dans le bas-ventre, peu de vomissements. Le 14 avril, à la suite d'un effort fait pour soulever son enfant, elle ressentit une vive douleur dans le ventre et fut prise de vomissements abondants. Elle fut obligée de prendre une voiture pour venir à la consultation; à la suite de cet accident elle souffrit jusqu'à aujourd'hui. Le soir, à 8 heures, des douleurs plus vives se faisant sentir et ayant perdu un peu de sang; elle fit venir une sage-femme qui lui conseilla de venir à la clinique.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons normaux. Œdème, varices nuls.

Examen obstétrical. — Seins, ventre normaux.

Utérus : très tendu,

Tension des parois : très forte.

Présentation : siège très élevé.

Engagement : non effectué.

Position et variété : dos à droite.

Bassin : normal.

Auscultation : à droite au niveau de l'ombilic.

Observations. — Le palper est difficile, l'utérus est très tendu. Cependant entre deux contractions on parvient à sentir que le siège est en bas, mais très élevé et que la tête est au fond de l'utérus; on sent nettement le sillon du cou, le dos est à droite et on entend nettement les bruits du cœur à droite au niveau de l'ombilic. Au toucher, on sent une dilatation comme 2 francs; la poche des eaux bombe fortement, mais l'excavation est absolument vide; à droite, on sent un peu d'épaississement de la paroi antérieure; à ce moment la femme perd du sang en petite quantité (environ 40 grammes). M^{lle} Vaillant tente de faire une version par manœuvres externes, mais il lui est impossible de mobiliser la tête. A ce moment on ausculte les bruits du cœur du fœtus que l'on entend très mal; à plusieurs reprises on remarque cette perturbation dans l'intensité des battements fœtaux. A minuit, la

dilatation est complète, la poche des eaux se rompt spontanément.

M^{lle} Vaillant pratique le toucher et trouve le bras à gauche dans le vagin et le siège dans la fosse iliaque droite. Elle va à la recherche d'un pied et amène le pied antérieur. L'extraction ne présente pas de difficultés. Au moment de faire l'anse au cordon, les battements sont imperceptibles ; il y a autour du cou un circulaire du cordon très serré.

Le placenta vient aussitôt derrière le fœtus dont il coiffe la tête.

Le fœtus né vivant, mais dans un état de mort apparente, meurt au bout de 30 minutes.

Accouchement. — Début du travail : 6 heures du matin, le 9 mai 1892.

Entrée à la salle de travail : 9 mai, à 9 heures du soir.

État de la dilatation à l'entrée : 2 francs.

Variété de la position : Acromio-iliaque gauche dorso-postérieure.

Dilatation complète : 11 h. 45.

Durée de la période de dilatation : 2 h. 45.

Rupture des membranes : spontanée, tempestive.

Liquide amniotique : abondant.

Extraction du fœtus : version interne à minuit 40.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : 40 grammes.

Durée totale du travail : 18 heures.

Délivrance. — Expulsion spontanée après la version par manœuvres internes à minuit 40.

Injection intra-utérine aussitôt après la délivrance.

Enfant. — Sexe : masculin, né en état de mort apparente.

Poids : 2.020 grammes.

Longueur : 46 centimètres.

Annexes. — Placenta de forme ovalaire.

Poids, 450 grammes.

Membranes complètes.

Mensuration des membranes 25/5.

Cordon : Insertion centrale ; longueur, 50 centimètres.

Le fœtus a vécu 30 minutes, pendant lesquelles il a fait quel-

ques mouvements inspiratoires espacés. Il avait du sang dans les voies respiratoires ; on s'est servi de la poire de M. Ribemont pour les desôbstruer.

Malgré ces soins, et deux bains sinapisés, les battements du cœur sont allés en se ralentissant et ont fini par s'éteindre.

La femme est partie en bon état le 17 mai.

OBSERVATION VII. — Clinique Baudelocque, n° 614 (1893)

AVORTEMENT DE 5 MOIS. — HÉMORRAGIES MULTIPLES AU COURS DE LA GROSSESSE, MORT DU FŒTUS PAR HÉMORRAGIE PLACENTAIRE ET DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA.

La nommée Maxime R..., âgée de 35 ans, ménagère, II pare, est entrée à la salle de travail, le 29 avril 1893, 4 h. 15.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une affection cardiaque.

Antécédents physiologiques. — A marché à 15 mois, toujours bien. Réglée à 14 ans irrégulièrement.

Antécédents pathologiques. — Scarlatine à 10 ans. Rougeole à 17 ans. Pas de syphilis.

Grossesse et accouchement antérieurs. — Une grossesse se terminant le 5 juin 1895, par l'accouchement spontané à terme, sommet ; enfant vivant. Même père pour les deux grossesses.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, 27 au 30 novembre 1892.

Apparition des mouvements actifs : ne les a jamais perçus.

Age de la grossesse : 5 mois.

Accidents et complications. — Hémorragie le 9 février.

Repos 8 jours. Quelques petites pertes dans le cours du mois de mars.

La malade dit avoir perdu du sang par petites quantités tous les jours durant trois semaines ; ces pertes cessent au commencement d'avril.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons normaux ; œdème, varices nulles.

Examen obstétrical. — Ventre, utérus : normaux.

Bassin : normal.

Auscultation : (?)

Observations. — Le 29 avril à 3 h. 30, premières douleurs ; l'utérus se durcit, en même temps légers frissons, pouls et température normaux ; le col est dur, fermé. Cette femme entre dans le service de gynécologie pour un curettage ; on reconnaît une grossesse ; l'utérus s'élève à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic ; le col est ramolli et se continue nettement avec l'utérus ; il s'écoule par l'orifice du sang noirâtre.

Cette femme est conduite à la salle de travail ou pendant une forte douleur, elle expulse un fœtus qui reste en partie dans le vagin ; le fœtus était mort et macéré. Les urines examinées après l'accouchement contenaient de l'albumine.

Accouchement. — Début du travail : minuit 30, le 29 avril 1893.

Entrée à la salle de travail : 4 h. 15.

Expulsion spontanée du fœtus à 4 heures du matin le 29 avril 1893.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : normale.

Délivrance. — Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse aussitôt après l'expulsion : 18 centimètres ; puis 19, 19, 18 de 5 en 5 minutes.

Présentation du placenta : face fœtale.

Extraction simple à 4 h. 30 du matin, le 29 avril.

Injection intra-utérine.

Enfant. — Sexe féminin, mort macéré.

Poids : 360 grammes. Longueur totale : 27 centimètres.

Annexes. — Placenta de forme discoïde.

Poids : 170 grammes.

Membranes : déchirées mais paraissent complètes.

Mensuration des membranes : impossible.

Cordon. — Insertion : vélamenteuse. Longueur : 42 centimètres.

Volume : grêle.

Examen du placenta. — Le cordon est légèrement infiltré. Le placenta vu par sa face fœtale présente une forme à peu

près arrondie et mesure 4 centimètres sur 6. Par sa face utérine on constate une coloration très différente des cotylédons ; dans la partie voisine de l'insertion vélamenteuse, les cotylédons ont une coloration blanchâtre ; il existe tout près du bord placentaire un hématome intra-placentaire au niveau duquel le sang coagulé a l'aspect et la consistance de la confiture de groseilles. Cette hémorragie n'est pas localisée et semble avoir diffusé à ce niveau dans toute cette région du placenta.

Sur la partie opposée, le placenta présente une consistance plus grande et des dépressions indiquant qu'il y a eu des décollements du placenta ainsi que l'attestent des caillots qui sont adhérents à la surface du placenta. Profondément, le tissu placentaire est dilacéré par du sang.

Le fœtus a son épiderme détaché en grandes parties ; les os du crâne chevauchent.

La mère partit en bon état le 8 mai 1893.

OBSERVATION VIII. — Clinique Baudelocque n° 1306 (1893)

FEMME ALBUMINURIQUE. — HÉMORRAGIE PAR DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA. — APPLICATION DU BALLON CHAMPÉTIER. — EXTRACTION D'UN FŒTUS MACÉRÉ DU POIDS DE 830 GRAMMES.

La nommée Françoise C., 25 ans, repasseuse, Ipère, entre à la salle de travail le 4 septembre 1893.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 47 ans d'une maladie de cœur.

Antécédents physiologiques. — A toujours bien marché. Réglée à 12 ans régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Anémique depuis l'âge de 15 ans.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 17 au 19 février 1893.

Apparition des mouvements actifs : en juillet.

Age de la grossesse : 7 mois.

Accidents et complications. — Vomissements au début de la grossesse. Douleurs dans les membres inférieurs. Le 4 septembre à 1 heure du soir, cette femme est prise d'une hémorragie assez abondante ; on l'amène à la clinique. Troubles de la vue, œdème généralisé, douleur épigastrique. Les urines contiennent une très grande quantité d'albumine indosable ; elles se prennent en masse.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons : normaux.

Œdème aux membres inférieurs.

Examen obstétrical. — Ventre distendu.

Utérus de consistance ligneuse.

Tension des parois : peu considérable.

Présentation : palper, impossible ; toucher : col perméable à deux doigts, on ne sent que caillots et masse molle (placenta) ; membranes et parties fœtales inaccessibles.

Auscultation : nulle.

Observations. — Cette femme arrive à la clinique le 4 septembre 1893, à 3 heures du soir, perdant du sang en assez grande quantité ; depuis 2 heures (86 pulsations ; température 36°, 8) on constate que l'utérus remonte à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Le col est long, très mou, aucune partie fœtale n'est accessible ; le segment inférieur épais, les membranes intactes. On fait une injection chaude, l'écoulement continue abondant. M. Varnier prévenu, introduit un ballon Champetier gonflé avec 450 grammes de liquide ; à 5 heures du soir les douleurs deviennent fréquentes. A 6 heures, la dilatation est grande comme un franc ; l'écoulement sanguin recommence dès que l'on touche à la femme ; on ajoute 50 grammes de liquide au ballon, lequel est distendu à son maximum ; il est alors 6 h. 30 du soir.

A 8 h. 30, dilatation plus grande que 1 franc. Pouls 80.

Le 5 septembre, à 1 h. du matin (température 36°9) les douleurs commencent à devenir moins fréquentes ; lorsque on fait des tractions sur le ballon, il s'écoule chaque fois un flot de sang qui tache largement le linge ; à 5 h. 30, M^{lle} Roze retire 60 grammes de liquide, la dilatation n'a pas progressé.

A 7 h. du matin le pouls est à 98, la température s'élève à 37°1.

A 10 h. 30, M. Varnier trouve une dilatation comme 5 francs, laisse les choses en état, c'est-à-dire le ballon gonflé à son maximum ; quand on fait quelques tractions sur le ballon, il se produit un écoulement sanguin assez considérable.

A 6 h. du soir (pouls 88, température 38°1) dilatation à peine comme 5 francs ; bords d'orifices plus souples.

A 7 h. 40, dilatation complète. Expulsion et extraction du ballon qui se rompt à 7 h. 45. Immédiatement après expulsion de caillots (poids 210 grammes). Rupture artificielle des membranes (seules accessibles) écoulement de liquide rosé. A ce moment, M^{lle} Roze essaie d'introduire la main dans l'utérus, mais les parois présentent une dureté ligueuse ; l'anneau de contraction est contracturé et ne permet que l'introduction de deux doigts. M^{lle} Roze fait des tractions sur la première partie fœtale accessible qui est un bras ; celui-ci s'arrache. Il est impossible ensuite de pénétrer dans l'utérus toujours trop contracturé.

M. Varnier appelé fait donner du chloroforme à la malade, parvient à introduire la main gauche entière dans l'utérus, atteint un pied et extrait à 9 h. 5 un fœtus commençant à desquamier, du poids de 830 grammes. Immédiatement, délivrance artificielle, injections intra-utérine d'eau phéniquée et tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Accouchement. — Entrée à la salle de travail : 4 septembre 1893, à 6 h. du soir.

Début de la dilatation : dilatation de 1 franc une heure après l'introduction du ballon.

Variété de la position : (?).

Dilatation complète : le 5 septembre, à 7 h. 40 du soir.

Durée de la période de dilatation : (?).

Rupture artificielle des membranes : à la dilatation complète, le 5 septembre, à 7 h. 45 du soir.

Liquide amniotique : rosé.

Extraction du fœtus : le 5 septembre, à 9 h. 5 du soir.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : très abondante.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : normale.

Durée totale du travail : (?).

Délivrance artificielle : à 9 h. 10.

Enfant. — Fœtus, mort macéré. Sexe : féminin.

Poids : 830 grammes.

Annexes. — Placenta. Forme : ovulaire.

Poids : 200 grammes.

Membranes : incomplètes.

Cordon. — Insertion excentrique.

La mère est sortie en bon état le 18 septembre 1893.

OBSERVATION IX. — Clinique Baudelocque, n° 1.434 (1893).

ALBUMINURIQUE. — FŒTUS MORT ET MACÉRÉ. — DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA.

La nommée Marie B..., 27 ans, cuisinière, Ipare, est entrée à la salle de travail le 2 octobre 1893 à 4 h. 55 du soir.

Antécédents héréditaires. — Père mort de pleurésie à 54 ans (il a eu 5 pleurésies).

Antécédents physiologiques. — A marché à 15 mois, toujours bien.

Réglée à 14 ans, régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Rougeole à 7 ans.

Date des dernières règles : 28 février au 4 mars 1893.

Apparition des mouvements actifs : juin (?).

Hauteur de l'utérus : (?).

Âge de la grossesse : 7 mois environ.

Accidents et complications. — L'œdème des membres inférieurs est apparu il y a deux mois environ, mais est resté limité aux malléoles jusqu'à il y a trois semaines. C'est à partir de cette époque qu'il a envahi les jambes, puis les cuisses et la paroi abdominale. L'œdème est aujourd'hui considérable.

Au moment de l'accouchement, les urines contiennent de l'albumine en grande quantité.

Examen général. — Squelette, peau : normaux.

Cœur : bruit de galop.

Poumons : un peu de congestion, surtout en arrière aux deux bases.

Œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale.

Examen obstétrical. — Seins, ventre, utérus : normaux.

Bassin : normal.

Auscultation : (?) La parturiente dit qu'elle ne perçoit plus les mouvements actifs depuis 15 jours environ.

Observations. — Le 2 octobre, la malade a ressenti les premières douleurs, à 3 heures, étant chez elle. À 4 heures, la rupture des membranes s'est faite spontanément. Elle s'est faite conduire en voiture à la clinique, où elle est accouchée en arrivant chez le concierge.

Enfant. Sexe : masculin. Macéré.

Poids : 970 grammes.

Annexes. — Placenta : forme irrégulière.

Poids : 376 grammes.

Membranes : incomplètes.

Cordon : Insertion vélamenteuse.

Longueur : 28 centimètres, volume moyen.

Le placenta est de forme très irrégulière. Lorsqu'on l'examine par la face fœtale, on constate qu'il est formé d'une masse principale allongée à l'une des extrémités de laquelle se trouvent deux cotylédons isolés et volumineux. Le tissu placentaire est friable ; il existe dans son épaisseur deux ou trois foyers hémorragiques. Une languette de placenta a été détachée par une hémorragie diffuse dans l'épaisseur du tissu utérin.

La femme est sortie en bon état le 15 octobre 1893.

OBSERVATION X. — Clinique Baudelocque, n° 1.857 (1893)

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ. — FŒTUS MORT ET MACÉRÉ. —

ALBUMINURIE. — DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA.

La nommée Charlotte V..., âgée de 30 ans, ménagère, VIIpare, entre à la salle de travail le 20 décembre 1893, à 4 heures du soir.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A marché à 18 mois, toujours bien. Régée à 12 ans.

Antécédents pathologiques. — Variole et rougeole dans l'enfance.

Grossesses et accouchements antérieurs. — 1^{re} grossesse : avortement de 3 mois.

2^e grossesse, en 1884 : garçon vivant, sommet, accouchement spontané.

3^e grossesse, en 1886 : fille, sommet, morte à 15 mois d'une méningite.

4^e grossesse, en 1888 : fille, sommet, vivante.

5^e grossesse, en 1889 : gémellaire, 2 filles, un sommet et un siège ; l'une des deux jumelles morte à 16 mois. Hémorragie pendant la délivrance et anémie consécutive.

6^e grossesse, en 1891 : (accouchée à la clinique Baudelocque). Garçon à terme, sommet, élevé au sein, vivant. On avait constaté de l'albumine dans les urines au moment du travail.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : du 18 au 21 juin 1893.

Apparition des mouvements actifs : vers le 4^e mois.

Hauteur de l'utérus : 28 centimètres.

Age de la grossesse : 7^e mois.

Accidents et complications. — Au commencement de la grossesse, cette femme eût une bronchite. Depuis le commencement de sa grossesse elle se plaint de maux de tête, de douleurs rénales, de gonflement des jambes (la gauche principalement), d'éblouissements. Le 18 octobre, elle perdit tout à coup une grande quantité de sang à 1 heure du matin.

Albumine en quantité considérable dans ses urines.

Examen général. — Squelette, peau, poumons : normaux.

Cœur : bruit de galop.

Cedème : léger des membres inférieurs.

Varices : à la jambe gauche.

Examen obstétrical. — Seins, ventre, utérus : peu développés.

Tension des parois : très lâches,

Engagement : effectué.

Bassin : normal.

Auscultation : on n'entend plus les bruits du cœur,

Observations. — En présence de l'albuminurie et de l'hémorragie du 18 octobre, on a pensé à un décollement placentaire.

Cette femme dit ne plus sentir remuer son enfant depuis 5 jours.

À la palpation, dans l'intervalle des contractions utérines, l'utérus paraît avoir une consistance normale, même un peu molle. L'auscultation est nulle. Le toucher pratiqué par M. Lepage laisse sentir une dilatation comme 5 francs; une poche des eaux volumineuse faisant hernie à l'orifice, remplit le vagin; les bords de l'orifice externe sont minces et souples, et au-dessus, on sent un anneau dur et épais (qui est sans doute l'orifice interne?) M. Lepage rompt les membranes à 4 h. 20, la dilatation étant comme une paume de main.

Accouchement. — Début du travail : 10 h. 30 du matin, le 20 décembre 1893.

Entrée à la salle de travail : 20 décembre, à 4 heures du soir.

Rupture artificielle des membranes avant la dilatation complète à 4 h. 20 du soir, le 20 décembre.

Liquide amniotique : roussâtre.

Expulsion du fœtus : à 7 h. 25 du soir, le 20 décembre.

Durée de la période d'expulsion : environ 5 minutes.

Durée totale du travail : 9 heures.

Délivrance. — Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse aussitôt après l'expulsion : 17 centimètres; puis 17, 18, 18, 20 centimètres de 5 en 5 minutes.

Présentation du placenta : face fœtale.

Extraction simple à 7 h. 55, le 20 décembre, 30 minutes après l'expulsion du fœtus.

Injection intra-utérine de 8 litres.

Enfant. — Fœtus : mort et macéré.

Sexe : féminin.

Poids : 1.320 grammes.

Longueur totale : 39 centimètres.

Annexes. — Placenta : forme irrégulière.

Particularités : hémorragies récentes, nombreux foyers anciens.

Membranes incomplètes.

Cordon : Insertion centrale ; longueur, 42 centimètres ; volume gros.

Sur la face utérine du placenta on voit sur une grande étendue (presque la moitié du placenta) un caillot occupant une dépression.

La femme est sortie en bon état le 31 décembre 1893.

OBSERVATION XI. — Clinique Baudelocque, n° 410 (1894).

FEMME ALBUMINURIQUE. — HÉMORRAGIE. — DÉCOLLEMENT PRÉ-MATURÉ DU PLACENTA. — ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ. — BALLON CHAMPETIER, VERSION INTERNE. — ENFANT MORT.

La nommée Marie S..., 37 ans, Vpare, entre à la salle de travail le 13 mars 1894, à 10 heures du soir.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 53 ans d'une maladie de poitrine, mère morte d'une péritonite.

Antécédents physiologiques. — A marché à 9 mois 1/2, toujours bien. Réglée à 15 ans régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Rougeole en bas âge. Vari-celle à 4 ans. Six semaines après son premier accouchement, manie puerpérale (?), soignée à Ville-Évrard.

Grossesses et accouchements antérieurs. — 4 accouche-ments spontanés d'enfants à terme s'étant présentés par le sommet. Même père pour tous les enfants.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 19 au 22 août 1893.

Apparition des mouvements actifs : 1^{er} janvier.

Hauteur de l'utérus : 23 centimètres.

Age de la grossesse : 5 mois 1/2.

Accidents et complications. — Céphalalgie ; troubles de la vue ; albumine dans les urines.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons : normaux. Varices à la jambe gauche.

Examen obstétrical. — Seins, ventre : normaux.

Utérus : consistance ligneuse.

Tension des parois : moyenne.

Présentation : sommet.

Engagement : non effectué.

Position et variété : gauche antérieure.

Bassin : normal.

Auscultation : à gauche au dessous de l'ombilic.

Observations. — Cette femme est soumise au régime lacté dès son entrée dans le service. Le 10 mars les urines contiennent 2 grammes d'albumine, et la femme ne donne qu'un litre d'urine ; le 11 mars, 1 gr. 50, et à peine 1 litre d'urine.

Le 12 mars, à 4 heures du soir, hémorragie brusque assez considérable. A 10 heures du soir, elle est amenée à la salle de travail ; le col est en voie d'effacement ; écoulement sanguin léger mais continu, mélangé de quelques caillots. A 5 heures du matin, le 13 mars, température 37°2 ; pouls 112 ; auscultation nulle.

A 9 heures du matin, M^{lle} Roze, examine cette femme qui perd du sang, et constate la consistance ligneuse de l'utérus ; on fait le diagnostic de décollement probable du placenta. Les contractions utérines sont fréquentes. M^{lle} Roze et M^r. Wallich pratiquent le toucher, trouvent le col perméable ; ne sentant pas de poche des eaux, ils pensent qu'elle est rompue. Aucune partie fœtale n'est accessible. M^r. Wallich, introduit un ballon Champetier dans lequel on injecte 300 grammes de liquide. A 3 heures du soir le ballon est expulsé, la dilatation est à peu près complète ; la poche des eaux est intacte et on ne sent aucune partie fœtale. M^{lle} Roze rompt les membranes, atteint le pied droit du fœtus et pratique lentement l'extraction d'un fœtus mort, du poids de 1200 grammes.

Accouchement. — Début du travail : 4 heures du soir, le 12 mars 1894.

Entrée à la salle de travail : 10 heures du soir, le 12 mars.

Début de la dilatation : le 13 mars à midi.

Variété de la position : (?)

Dilatation complète : 3 heures du soir, le 13 mars.

Durée de la période de dilatation : 3 h. 40.

Rupture artificielle des membranes à 3 h. 40, le 13 mars.

Liquide amniotique : vert.

Variété de la position au moment du dégagement : S. P.

Extraction du fœtus : à 3 h. 50 du soir, le 13 mars.

Durée de la période d'expulsion : 10 minutes.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : notable, on a pu peser 250 grammes de caillots.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : nulle.

Durée totale du travail : 24 heures.

Délivrance. — Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse aussitôt après l'expulsion : 12 centimètres ; puis 13, 13, 14, 14 centimètres de 5 en 5 minutes.

Présentation du placenta : face fœtale.

Extraction simple à 4 h. 30 du soir, 40 minutes après l'expulsion.

Injection intra-utérine.

Enfant. — Fœtus mort-né ; sexe féminin.

Poids, 1.200 grammes.

Longueur totale : 40 centimètres.

Annexes. — Placenta. Forme : discoïde.

Poids, 250 grammes.

Membranes : complètes.

Cordon. Insertion : excentrique. Longueur : 30 centimètres. Volume : normal.

Sur l'un des bords du placenta, on remarque une dépression limitée par un rebord saillant, trace du décollement prématuré et de l'hémorragie.

A côté il y a un caillot énorme ; on trouve un autre foyer hémorragique volumineux récent.

La femme sortit en bon état le 24 mars 1894.

OBSERVATION XII. — Clinique Baudelocque, n° 574 (1894)

AVORTEMENT. — ŒUF ENTIER. — DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ.

La nommée Lucienne L..., âgée de 26 ans, ménagère Vpare,

entre à la salle de travail le 10 avril 1894, à 5 heures du soir.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 54 ans. Asthmatique. Rhumatisme articulaire.

Antécédents physiologiques. — A marché toujours bien. Réglée à 15 ans, irrégulièrement.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

Grossesses et accouchements antérieurs. — 1^{er} accouchement spontané à 8 mois, fille, sommet, morte à 11 jours. 2^e et 3^e à terme, sommet, filles vivantes. 4^e à 7 mois, sommet, fille vivante.

Même père pour tous les enfants.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 23 au 25 septembre 1893.

Apparition des mouvements actifs : en janvier.

Hauteur de l'utérus : 28 centimètres.

Age de la grossesse : 6 mois.

Accidents et complications. — Cette femme perd du sang depuis le 10 avril à 1 heure du matin.

Pas d'albumine dans les urines.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons normaux. Varicés : aux membres inférieurs, surtout à la cuisse droite.

Examen obstétrical. — Seins bien conformés. Ventre : vergétures.

Utérus : incliné à droite.

Tension des parois : peu marquée.

Présentation : siège.

Engagement : effectué.

Position et variété : S. D.

Bassin : normal.

Auscultation : nulle.

Observations. — Cette femme arrive à la clinique le 10 avril 1894, à 5 heures du soir, perdant du sang. On constate que le fœtus se présente par le siège, que le col est en voie d'effacement, que les membranes sont intactes ; les bruits du cœur ne peuvent être perçus, la femme dit ne plus sentir remuer son enfant depuis la veille. Le 11 avril, à 3 heures du matin, la

dilatation est complète, et à 3 h. 35 cette femme expulse un œuf entier du poids de 1.170 grammes.

M. Pinard fait remarquer sur le placenta une empreinte profonde remplie par un volumineux caillot.

Accouchement. — Début du travail : 10 avril 1894 à une heure du soir.

Entrée à la salle du travail : 10 avril à 5 heures du soir.

Début de la dilatation : (?) à 2 h. 10 du matin le 11 avril, dilatation comme 1 franc.

Variété de la position : S. D.

Dilatation complète : 11 avril 1894, à 3 h. 20 du matin.

Expulsion de l'œuf : le 11 avril 1894 à 3 h. 25 du matin.

Durée de la période d'expulsion : 5 minutes.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : léger écoulement sanguin.

Durée totale du travail : 14 h. 30.

Injection intra-utérine après l'expulsion de l'œuf entier.

La femme est sortie en bon état le 18 avril 1894.

OBSERVATION XIII. — Clinique Baudelocque, n° 701 (1894)

HYDRAMNIOS. — DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA. —

HÉMORRAGIE. — RUPTURE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES AU DÉBUT DU TRAVAIL. — APPLICATION DE FORCEPS PAR M^{lle} ROZE.

— SOMMET EN DROITE TRANSVERSE. — ENFANT MORT.

La nommée Nelly G..., 23 ans, domestique Ipare, entre le 2 mai, à 6 heures du matin à la salle de travail.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A toujours bien marché. Régée à 17 ans.

Antécédents pathologiques. — Rougeole dans l'enfance.

Dernières règles : 22 au 25 août 1893.

Apparition des mouvements actifs : janvier.

Hauteur de l'utérus : 30 centimètres.

Age de la grossesse : 8 mois environ.

Accidents et complications. — Le 2 mai à 3 heures du matin

cette femme a eu une hémorragie qui a duré jusqu'à son entrée dans le service.

Il n'y a pas d'albumine dans ses urines.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons : normaux.

Œdème des membres inférieurs.

Examen obstétrical. — Seins normaux.

Ventre : tendu.

Utérus : contracturé, de consistance ligneuse.

Tension des parois : exagérée.

Présentation : sommet.

Engagement : non effectué.

Position et variété : droite transverse.

Bassin : normal.

Auscultation : au niveau de l'ombilic.

Observations. — Cette femme entre à la clinique le 2 mai 1894, perdant du sang en petite quantité ; elle dit avoir été éveillée à 3 heures du matin par une hémorragie brusque ayant continué jusqu'à son entrée dans le service ; le palper est impossible à cause de la dureté ligneuse constante que présente l'utérus. Le toucher permet de constater que le fœtus se présente par le sommet, le col existe dans toute sa longueur ; le segment inférieur est très tendu ; en pratiquant l'auscultation, on entend des battements sourds au niveau de l'ombilic, que l'on pense être ceux du fœtus. M. Pinard, à sa visite, conseille de rompre les membranes en raison de la tension permanente de l'œuf. A midi 15, un écoulement sanguin sans être abondant, persiste, M^{lle} Roze pratique la rupture artificielle des membranes ; il s'écoule une notable quantité de liquide amniotique de couleur normale. A partir de ce moment, les contractions deviennent plus intenses et l'écoulement sanguin cesse ; à 3 h. 30 du soir, le col est complètement effacé ; à 7 heures, la dilatation est complète ; on entend toujours des battements au niveau de l'ombilic quoique la tête soit alors très engagée. A 7 h. 30, la tête apparaît à la vulve, on ne perçoit plus aucun bruit ; le liquide amniotique que l'on voit s'écouler est légèrement teinté de sang, mais nullement de méconium ; on prévient M^{lle} Roze qui fait une application de forceps, constate

que la rotation n'est pas faite, et extrait un enfant ne présentant plus aucun battement du cœur; on pratique des tractions rythmées sur la langue, l'insufflation avec le tube Ribemont sans aucun résultat.

Accouchement. — Début du travail : le 2 mai 1894 à 3 heures du matin.

Entrée à la salle de travail : le 2 mai à 6 heures du matin.

Début de la dilatation : à 3 h. 30 du soir, le 2 mai.

Variété de la position : droite transverse.

Dilatation complète : le 2 mai à 7 heures du soir.

Durée de la période de dilatation : 3 h. 30.

Rupture artificielle des membranes au début de la dilatation.

Liquide amniotique : normal et abondant ; n'a pas été recueilli.

Variété de position au moment du dégagement : occipito-pubienne.

Extraction du fœtus : le 2 mai à 8 heures du soir.

Durée de la période d'expulsion : 1 heure.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : hémorragie abondante.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : léger écoulement sanguin.

Durée totale du travail : 17 heures.

Délivrance. — Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse aussitôt après l'expulsion : 18 centimètres; puis 18, 19, 20, 21 centimètres de 5 en 5 minutes.

Présentation du placenta : face utérine.

Extraction par expression française à 8 h. 50, 50 minutes après l'expulsion du fœtus.

Injection intra-utérine.

Pouls : 112.

Température : 37°9.

Enfant. — Fœtus : mort-né.

Sexe : féminin.

Poids : 2.560 grammes.

Longueur totale : 47 centimètres.

Annexes. — Placenta. Forme : discoïde.

Altérations : Large dépression sur l'un des bords, comblée par un caillot énorme.

Membranes : complètes.

Mensuration des membranes : 31/7.

Cordon : Insertion centrale ; longueur : 46 centimètres ; volume : normal.

La mère est sortie en bon état le 16 mai 1894.

OBSERVATION XIV. — Clinique Baudelocque, n° 989 (1894).

FEMME ALBUMINURIQUE. — HÉMORRAGIE AU DÉBUT DU TRAVAIL.
— FŒTUS MORT ET MACÉRÉ. — DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU
PLACENTA.

La nommée Lœtitia A..., âgée de 23 ans, domestique, Ipare, arriva à la salle de travail le 22 juin, à 5 heures du soir.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A toujours bien marché. Réglée à 10 ans 1/2.

Antécédents pathologiques. — Angine à 13 ans. Pneumonie à 18 ans.

Date des dernières règles : novembre (?).

Apparition des mouvements actifs : (?).

Hauteur de l'utérus : 23 centimètres.

Albumine en assez grande quantité dans les urines.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons : normaux.

Examen obstétrical. — Seins : normaux.

Ventre : petit.

Utérus : petit.

Tension des parois : faible.

Présentation : céphalique.

Engagement : non effectué.

Position et variété : droite transverse.

Bassin : normal.

Auscultation : nulle.

Observations. — Cette femme entre à la clinique le 22 juin, à 5 heures du soir, perdant du sang en assez grande quantité depuis 10 heures du matin. Les dernières règles datent du mois de novembre. Elle se dit enceinte du mois de novembre. L'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et mesure 23 centimètres. A l'auscultation on n'entend plus les bruits du cœur; cette femme dit ne plus sentir remuer son enfant depuis le matin 7 heures. Au toucher, on trouve un orifice dilaté comme une pièce de 1 franc, les membranes intactes et une petite tête qui ballotte. On fait une injection chaude et l'écoulement sanguin s'arrête.

Dilatation complète à 8 h. 35 du soir; rupture artificielle des membranes. Expulsion à 8 h. 50 d'un fœtus mort et macéré pesant 1.160 grammes.

Au moment où on examine cette femme, 5 heures du soir, le 22 juin, elle ne perd plus de sang; l'état général est bon et l'on ne constate pas cette dureté ligueuse que l'on observe chaque fois qu'il y a décollement prématuré du placenta.

Accouchement. — Début du travail : le 22 juin 1894, à 10 heures du matin.

Entrée à la salle de travail : le 22 juin, à 5 heures du soir.

État de la dilatation à son entrée : comme 1 franc.

Variété de la position : droite transverse.

Dilatation complète : le 22 juin à 8 h. 35 du soir.

Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète, le 22 juin à 6 h. 35 du soir.

Liquide amniotique : rougeâtre.

Variété de la position au moment du dégagement : occipito-pubienne.

Expulsion du fœtus : le 22 juin à 8 h. 50 du soir.

Durée de la période d'expulsion : 15 minutes.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : assez abondante.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : légère.

Durée totale du travail : 10 h. 50.

Délivrance. — Hauteur de l'utérus au-dessus de la sym-

physe aussitôt après l'expulsion : 16 centimètres ; puis 16, 16, 17, 17, 17, 16 centimètres, de 5 en 5 minutes.

Expulsion spontanée du placenta à 9 h. 50, 1 heure après l'expulsion du fœtus.

Injection intra-utérine.

Enfant. — Fœtus mort et macéré. Sexe masculin.

Poids : 1.160 grammes.

Longueur totale : 39 centimètres.

Annexes. — Placenta : forme discoïde.

Poids : 270 grammes.

Altérations : foyers hémorragiques.

Membranes : incomplètes.

Cordon. Insertion : marginale ; longueur : 57 centimètres ; volume : normal.

On remarque, au centre du placenta, un caillot énorme enfermé comme dans une cupule ; il y a d'autres foyers hémorragiques anciens.

La femme sortit en bon état le 1^{er} juillet 1894.

OBSERVATION XV. — Clinique Baudelocque, n° 1211 (1894).

ALBUMINURIQUE. — HÉMORRAGIE PENDANT LE TRAVAIL. —
DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA. — ENFANT MORT
PENDANT LE TRAVAIL. — ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

La nommée Anna G..., âgée de 26 ans, domestique, Ipare, entre à la salle de travail le 29 juillet à 7 heures du matin.

Antécédents héréditaires. — Bons.

Antécédents physiologiques. — A marché à 1 an, toujours bien. Réglée à 16 ans, régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Anémie.

Dernières règles : 14 au 19 décembre 1893.

Apparition des mouvements actifs : à 4 mois.

Hauteur de l'utérus : 28 centimètres.

Age de la grossesse : 7 mois.

Accidents et complications. — Nausées et vomissements pendant les deux premiers mois. D'après les renseignements

fournis, cette femme paraît atteinte de métrite d'origine blennorrhagique; elle aurait eu une uréthrite il y a dix mois et des pertes blanches constamment depuis.

Albumine dans les urines.

Examen général. — Squelette, peau : normaux.

Cœur : souffle systolique à la base (anémie).

Poumons : normaux.

Œdème péri-malléolaire.

Varices : légères.

Examen obstétrical. — Seins, ventre, utérus : normaux.

Tension des parois : moyenne.

Présentation : sommet.

Engagement : non effectué.

Position et variété : gauche transverse.

Bassin : normal.

Auscultation : foyer à gauche et en arrière, au-dessous de l'ombilic.

Observations. — Cette femme arrive à la salle de travail le 29 juillet à 7 h. 30 du matin. A ce moment, on entend les bruits du cœur; elle a perdu du sang chez elle, le matin, et en perd encore un peu; elle a des contractions fréquentes. A 10 h. 15 du matin, M^{lle} Roze rompt les membranes; le col est perméable, pas de dilatation. Au moment de la rupture des membranes, on constate la cessation des bruits du cœur. L'hémorragie cesse après la rupture des membranes.

Accouchement. — Début du travail : le 29 juillet 1894 à 4 heures du matin.

Entrée à la salle de travail : le 29 juillet à 7 heures du matin.

Début de la dilatation : (?) col en voie d'effacement à son entrée.

Variété de la position : gauche antérieure.

Dilatation complète : midi 40.

Durée de la période de dilatation : (?).

Rupture artificielle des membranes à une dilatation comme 1 franc, la femme perdant du sang.

Liquide amniotique : rougeâtre.

Variété de la position au moment du dégagement : occipito-pubienne.

Expulsion du fœtus : le 29 juillet à midi 45.

Durée de la période d'expulsion : 5 minutes.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : assez notable.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : nulle.

Durée totale du travail : 5 heures 45.

Délivrance. — Présentation du placenta : face fœtale.

Expulsion spontanée 5 minutes après le fœtus.

Injection intra-utérine immédiatement après.

Enfant. — Fœtus : mort-né; sexe : féminin.

Poids : 1,510 grammes.

Longueur totale : 37 centimètres.

Annexes. — Placenta. Forme : discoïde. Poids : 480 grammes.

Particularités : hémorragie rétro-placentaire.

Altérations : Le caillot retiré de la face utérine du placenta ne laisse qu'une dépression peu marquée.

Membranes : complètes.

Mensuration des membranes : 30/7.

Cordon. — Insertion : excentrique. — Longueur : 56 centimètres. — Volume : petit. A la circonférence du placenta, on remarque deux foyers énormes dont l'un plus volumineux et qui s'étend assez loin; ces deux foyers sont comparables à des truffes.

La femme est sortie en bon état le 7 août 1894.

OBSERVATION XVI. — Clinique Baudelocque, n° 1.561 (1894)

ALBUMINURIE. — FŒTUS MORT DIX HEURES AVANT LE DÉBUT DU TRAVAIL. — HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE.

La nommée Agathe D..., âgée de 24 ans, ménagère, Ipare, entre à la salle de travail le 27 septembre, à 7 heures du soir.

Antécédents héréditaires. — Mère morte hémiplegique à 53 ans.

Antécédents physiologiques. — A marché à 14 mois, toujours bien.

Réglée à 12 ans.

Antécédents pathologiques. — Rougeole à 10 ans.

Dernières règles : 25 au 30 décembre 1893.

Apparition des mouvements actifs : 5 mois.

Hauteur de l'utérus : 27 centimètres.

Age de la grossesse : 8 mois 1/2.

Albumine dans les urines en grande quantité.

Examen général. — Squelette, cœur, poumons : normaux.

Peau : cicatrices de brûlures à la face interne des cuisses.

Varices : légères à la face interne des cuisses.

Examen obstétrical. — Seins, ventre : normaux,

Utérus : constamment tendu.

Tension des parois : moyenne.

Présentation : sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : droite postérieure.

Bassin : normal.

Auscultation : nulle.

Observations. — A son entrée à la salle de travail, on constate que la dilatation est grande comme 2 francs ; les membranes se sont rompues prématurément à 2 h. 30 du soir, le 24 septembre. Le travail a débuté à 3 heures. La malade dit ne plus sentir de mouvements actifs depuis 5 heures du matin ; l'auscultation est nulle.

Dilatation complète à 10 heures du soir ; expulsion d'un fœtus mort à 10 h. 30 ; le placenta est expulsé spontanément derrière le fœtus ; la malade étant très agitée, on lui donna un lavement avec 3 grammes de chloral, elle reposa ensuite une partie de la nuit.

Accouchement. — Début du travail : le 24 septembre 1894, à 3 heures du soir.

Entrée à la salle de travail : le 24 septembre 1894, à 7 h. 15 du soir.

État de dilatation à son entrée : comme 2 francs.

Variété de la position : droite postérieure.

Dilatation complète : le 24 septembre, à 10 h. 30 du soir.

Durée de la période de dilatation : (?).

Rupture spontanée prématurée des membranes : à 2 h. 30 du soir, le 24 septembre.

Liquide amniotique : normal.

Variété de la position au moment du dégagement ; occipito-pubienne.

Expulsion du fœtus : le 24 septembre, à 10 h. 30 du soir.

Durée de la période d'expulsion : 30 minutes.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : nulle.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : nulle.

Durée totale du travail : 7 h. 30.

Délivrance. — Expulsion spontanée du placenta immédiatement derrière le fœtus, à 10 h. 30 du soir.

Injection intra-utérine.

Enfant. — Sexe masculin, mort-né.

Poids : 2.000 grammes.

Longueur totale : 40 centimètres.

Annexes. — Placenta. Forme : discoïde.

Poids : 475 grammes.

Membranes : complètes mais déchirées.

Cordon. — Insertion : marginale. Longueur : 44 centimètres. Volume : normal.

A la périphérie du placenta il existe un volumineux caillot de la grosseur d'un œuf de poule ; il est enfermé dans une cavité ; d'autres foyers hémorragiques récents existent en grand nombre.

La femme est sortie le 3 octobre 1894 sur sa demande. Ses urines contenaient encore 0,50 centigrammes d'albumine.

OBSERVATION XVII. — Clinique Baudelocque, n° 132 (1895)

FEMME ALBUMINURIQUE. — HÉMORRAGIE APRÈS L'EXPULSION DU FŒTUS. — CAILLOTS ANCIENS ET SANG LIQUIDE. — DURETÉ LIGNEUSE DE L'UTÉRUS. — HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE.

La nommée Vitaline F..., âgée de 30 ans, domestique, Hpare, est entrée à la salle de travail le 22 janvier 1895, à 2 heures du soir.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A toujours bien marché. Réglée à 13 ans.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

Grossesse et accouchement antérieurs. — Grossesse en 1889 se terminant par un accouchement normal à terme d'un garçon vivant.

Le père n'est pas le même pour la grossesse actuelle.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : commencement de juin 1894.

Apparition des mouvements actifs : 3 mois.

Hauteur de l'utérus : après la rupture des membranes, 28 centimètres.

Âge de la grossesse : 7 mois environ.

Urines en petite quantité ; albumine en grande quantité.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons : normaux.

Œdème : des membres inférieurs.

Examen obstétrical. — Seins, ventre : normaux.

Utérus : de consistance ligneuse.

Présentation : sommet.

Engagement : non effectué.

Position et variété : droite transverse.

Bassin : normal.

Auscultation : nulle.

Observations. — Cette femme entre à la salle de travail le

22 janvier à 2 heures du soir. Elle est très pâle et perd du sang en petite quantité, quelques minutes après son entrée ; son pouls est cependant lent et assez fort. L'utérus présente une dureté ligneuse, il est absolument impossible de reconnaître l'attitude du fœtus. En pratiquant le toucher, on trouve le segment inférieur très tendu, surtout dans sa partie postérieure ; le col est long et dur ; il s'écoule encore un peu de sang. On fait une injection vaginale chaude, puis on pratique le cathétérisme : on retire seulement quelques gouttes d'urine très albumineuse.

Le liquide amniotique est abondant. Auscultation nulle. On prévient M^{lle} Roze qui rompt les membranes ; il s'écoule 700 grammes de liquide verdâtre. L'écoulement sanguin se répète de temps en temps, mais peu abondant. Vers 5 heures cette femme pâlit encore, on compte 84 pulsations par minute, le col est en voie d'effacement, la tête très profondément engagée ; on pense d'après tous les symptômes à une hémorragie rétro-placentaire.

A 6 heures du soir, le col commence à s'effacer. A 8 heures la dilatation est comme 1 franc ; la femme vomit. A 9 h. 25, la dilatation est complète et à 9 h. 35 la parturiente expulse un enfant mort ; aussitôt après le fœtus, le placenta est aussi expulsé, et derrière lui une grande quantité de sang qui n'a pu être recueillie avec un caillot du poids de 390 grammes. Après une injection intra-utérine très chaude, l'utérus est dur et la femme ne perd plus.

Accouchement. — Début du travail : le 22 janvier 1895 à 8 heures du matin.

Entrée à la salle de travail : le 22 janvier à 2 heures du soir.

Début de la dilatation : le 22 janvier à 6 heures du soir.

Variété de la position : droite postérieure.

Durée de la période de dilatation : 3 h. 25.

Rupture artificielle des membranes avant toute dilatation à 2 heures le 22 janvier.

Liquide amniotique : verdâtre.

Variété de la position au moment du dégagement : occipito-pubienne.

Expulsion du fœtus : le 22 janvier à 9 h. 35 du soir.

Durée de la période d'expulsion : 10 minutes.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : peu considérable.

Durée totale du travail : 17 h. 25.

Délivrance. — Expulsion spontanée du placenta à 9 h. 35, immédiatement après le fœtus.

Quantité de sang perdu pendant la délivrance : 1.500 grammes environ.

Observations. — Aussitôt après l'accouchement le pouls est à 102. Pendant l'injection intra-utérine, il descend à 84. La femme qui était très pâle reprend des couleurs après l'accouchement ; elle s'endort une demi-heure après.

Enfant. — Fœtus mort-né. Sexe féminin.

Poids, 1.620 grammes. Longueur totale, 42 centimètres.

Annexes. — Placenta. Forme discoïde : Poids : 380 grammes.

Altérations : foyers hémorragiques anciens et récents.

Membranes : incomplètes ; la caduque manque en partie.

Mensuration des membranes : 29/6.

Cordon. — Insertion plutôt marginale ; longueur : 47 centimètres.

La mère est sortie en bon état le 31 janvier 1895.

OBSERVATION XVIII. — Clinique Baudelocque,
n° 2045 (1896).

FEMME BRIGTHIQUE. — ALBUMINURIE. — ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ. — HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE. — FŒTUS MACÉRÉ.

La nommée Léontine B..., âgée de 24 ans, ménagère, tierce-impair arrive à la salle de travail le 24 novembre 1896 à midi.

Antécédents héréditaires. — Mère morte (?)

Antécédents physiologiques. — A toujours bien marché. Réglée à 16 ans irrégulièrement.

Antécédents pathologiques. — Métrite hémorragique en 1893 à la suite d'un avortement ; deux mois après un curetage fut fait à l'Hôtel-Dieu.

Grossesses et accouchements antérieurs. — En 1893 un avortement de 6 semaines. En 1894, une 2^e grossesse se terminant par un accouchement spontané à terme d'un garçon vivant s'étant présenté par le sommet. Le père est le même pour tous les enfants.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 11 au 14 avril 1896.

Apparition des mouvements actifs : (?)

Hauteur de l'utérus : 24 centimètres.

Age de la grossesse : 7 mois environ.

Accidents et complications. — Traces d'albumine dans les urines.

Observations. — Le 18 novembre vers huit heures du soir cette femme a ressenti de violentes douleurs dans le ventre; elle se mit aussitôt au lit et continua de souffrir toute la nuit; les douleurs devinrent moins fortes et finirent par cesser complètement pour reparaitre de nouveau le 22 novembre au matin. Les mouvements actifs perçus par la mère jusqu'au 18 novembre au matin n'ont plus été perçus depuis.

Dans la nuit du 22 au 23 novembre, la femme éprouve un grand mal de tête, a des troubles de la vue et dit que ses paupières ont enflé. Elle arrive le 23 à la clinique où on trouve un peu d'albumine dans ses urines; on la met au régime lacté. L'utérus présente alors une consistance normale.

Le 24, à midi, cette femme ayant des douleurs est menée à la salle de travail : la dilatation est grande comme une pièce de 2 francs; les contractions sont sub-intrantes; pas de bruits du cœur. A 1 h. 35 du soir, la dilatation n'étant pas complète, elle expulse un fœtus macéré. Le placenta est expulsé quelques instants après et derrière lui on voit sortir des caillots noirâtres par le vagin. On examine aussitôt le placenta et on voit sur la face utérine une dépression large comme la paume de la main et assez profonde dans laquelle on peut remettre tous les caillots anciens.

Accouchement. — Début du travail : (?).

Entrée à la salle de travail : le 24 novembre 1896, à midi.

État de la dilatation à son entrée : comme 2 francs.

Présentation : sommet.

Dilatation complète : 1 h. 30.

Durée de la période de dilatation : (?).

Rupture tempestive des membranes.

Liquide amniotique : roussâtre.

Expulsion du fœtus : le 24 novembre, à 1 h. 35 du soir.

Durée de la période d'expulsion : (?).

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : nulle.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : caillots anciens.

Durée totale du travail : (?).

Délivrance. — Expulsion spontanée du placenta à 1 h. 37, 2 minutes après l'expulsion du fœtus.

Injection intra-utérine.

Enfant. — Sexe : masculin, mort et macéré.

Poids : 1.810 grammes.

Annexes. — Placenta. Forme : discoïde.

Poids : 380 grammes.

Altérations : Endométrite hémorragique (?). Hémorragie rétro-placentaire.

Les caillots contenus dans l'ampoule pèsent 120 grammes.

La mère sortit en bon état le 5 décembre 1896.

OBSERVATION XIX. — Clinique Baudelocque, n° 604 (1897).

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ DANS LE COURS DU 7^e MOIS. —

HÉMORRAGIE AVANT L'ACCOUCHEMENT. — FŒTUS MORT APRÈS QUELQUES INSPIRATIONS. — PLACENTA INSÉRÉ SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR A 29/3. — HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE. — INJECTION INTRA-UTÉRINE. — ALBUMINURIE RECONNUE APRÈS COUP APRÈS L'EXAMEN DU PLACENTA.

La nommée Julia B..., 41 ans, brocheuse, Hpare, entre à la salle de travail le 5 avril 1897, à 10 h. 30 du soir.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire.

Antécédents physiologiques. — A marché à 3 ans, toujours bien.

Réglée à 15 ans régulièrement; ses règles durent 5 à 6 jours.

Antécédents pathologiques. — Rougeole dans l'enfance. Varicelle (?) à 7 ans.

Grossesse et accouchement antérieurs. — A accouché le 1^{er} janvier 1896 à la clinique Baudelocque d'un garçon se présentant par le sommet. Application de forceps, mort au bout de 17 jours. Même père pour la grossesse actuelle.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 15 au 18 août 1896.

Apparition des mouvements actifs : février 1897.

Hauteur utérine : 27 centimètres.

Age de la grossesse : 7 mois.

Accidents et complications. — Il n'y a pas eu d'hémorragie avant celle d'aujourd'hui.

Pouls : 80.

Température : 37°.

Au moment de l'accouchement on ne trouva pas d'albumine dans les urines.

Le lendemain on reconnut la présence de 2 grammes par litre.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons : normaux.

Examen obstétrical. — Seins, ventre : normaux.

Utérus : de consistance ligneuse.

Tension des parois : moyenne.

Présentation : céphalique.

Engagement : non effectué.

Position et variété : gauche transverse.

Bassin : Promontoire accessible (11 cent. 5).

Auscultation : à gauche, au-dessous de l'ombilic.

Observations. — Le 5 avril à 8 heures du soir, la parturiente se met à perdre du sang en assez grande quantité. Elle va consulter une sage-femme qui l'envoie à la clinique, où elle entre à 10 h. 30, perdant toujours du sang.

On constate une dilatation comme 5 francs, l'enfant est vivant, la tête très élevée; le pouls est à 80, la température de 37°; la femme ne paraît pas très anémiée. Sous l'influence de l'injection vaginale chaude, que l'on fait immédiatement, l'hémorragie s'arrête, pour reparaitre vers minuit. On l'arrête

de nouveau par des injections vaginales chaudes, elle recommence une seconde fois.

A minuit 30, M^{lle} Roze fait rompre les membranes pendant qu'elle maintient la tête ; l'hémorragie cesse et les contractions deviennent plus fréquentes.

A 2 h. 40, la tête de l'enfant apparaît à la vulve et le fœtus est expulsé rapidement ; le placenta suit le fœtus presque aussitôt, avant qu'on ait eu le temps de lier le cordon ; il est accompagné de caillots. L'enfant mourut après quelques inspirations.

D'après l'examen du placenta, M. Pinard affirme que l'on a affaire à une albuminurique, et, en effet, l'urine, examinée le lendemain de l'accouchement, contient 2 grammes d'albumine par litre.

Accouchement. — Début du travail : (?) le 5 avril à 5 heures.

Entrée à la salle de travail : le 5 avril 1897 à 10 h. 30 du soir.

État de la dilatation à l'entrée : comme 5 francs.

Variété de la position : gauche antérieure.

Dilatation complète : le 6 avril à 2 h. 40 du matin.

Durée de la période de dilatation : 10 heures environ (?)

Rupture artificielle des membranes à une dilatation comme 5 francs.

Liquide amniotique : mélangé de sang.

Variété de position au moment du dégagement : occipito-pubienne.

Expulsion du fœtus : le 6 avril à 2 h. 40 du matin.

Durée de la période d'expulsion : quelques minutes.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : assez abondante.

Durée totale du travail : 10 h. 40. (?)

Délivrance. — Expulsion spontanée du placenta, aussitôt après l'expulsion du fœtus.

Quantité de sang perdu pendant la délivrance : assez considérable ; les caillots n'ont pas été pesés.

Injection intra-utérine. Pouls 76. Température normale.

Enfant. — Fœtus mort après quelques inspirations : sexe féminin.

Poids : 1.380 grammes.

Longueur totale : 39 centimètres.

Annexes. — Placenta : Forme discoïde ; poids, 230 grammes sans caillots, 300 grammes avec les caillots.

Membranes : complètes.

Mensuration des membranes : 29/3.

Cordon. Insertion : excentrique ; longueur, 34 centimètres ; volume : normal.

Il existe sur les deux tiers environ de la face utérine du placenta une large dépression profondément creusée, dans laquelle se trouve un caillot ancien très adhérent. — Il existe aussi un noyau récent, voisin du foyer hémorragique principal rétro-placentaire.

La mère sortit en bon état le 19 avril 1897.

OBSERVATION XX. — Clinique Baudelocque, n° 1.040 (1897)

FŒTUS MORT ET MACÉRÉ. — DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA, CAUSÉ PAR UNE BRIÈVETÉ ACCIDENTELLE DU CORDON.

La nommée Marie B..., âgée de 22 ans, domestique, Ipère, entre au dortoir le 13 juin 1897 à 11 h. 30 du soir et le 14 juin à 6 h. 30 du matin, à la salle de travail.

Antécédents héréditaires. — Mère morte bacillaire.

Antécédents physiologiques. — A marché à 12 mois, toujours bien. Réglée à 15 ans, régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

Dernières règles : 19 au 21 octobre 1896.

Apparition des mouvements actifs : mars.

Hauteur de l'utérus : 31 centimètres.

Age de la grossesse : 7 mois 1/2 environ.

Cette femme se reposait depuis trois semaines à l'asile de l'avenue du Maine.

Accidents et complications. — A son entrée à l'avenue du Maine, ses urines étaient normales ; au moment de l'accouchement, on constate la présence d'albumine. Pouls 108. Température 37°, 9.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons : normaux.

Œdème : très léger.

Examen obstétrical. — Seins, ventre : normaux.

Utérus : très tendu.

Tension des parois : très forte.

Présentation : sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : gauche antérieure.

Bassin : normal.

Auscultation : négative.

Observations. — A son entrée à la salle de travail, on constate que l'utérus est très tendu : le palper ne donne aucun renseignement ; l'auscultation est négative ; le col est long, les membranes intactes. A 6 h. 35 du matin, le 14 juin, cette femme perd du sang en petite quantité ; la dilatation est au début ; la poche des eaux fait hernie ; le pouls s'élève à 108, la température est de 37°,9.

A 9 heures la dilatation est complète ; la femme pousse très énergiquement ; à 9 h. 30, les membranes se rompent spontanément et le liquide qui s'écoule a une coloration rougeâtre. A 9 h. 45, expulsion du fœtus macéré ; il y a un temps d'arrêt entre l'expulsion du tronc et celle des membres inférieurs ; aussitôt après l'expulsion du fœtus, on constate que le cordon est enroulé autour des membres inférieurs et forme plusieurs tours compliqués et serrés.

M. Pinard pense que la mort du fœtus est due à un décollement prématuré du placenta, causée par cette brièveté accidentelle du cordon. M. Pinard fait ensuite la délivrance par expression et constate qu'il y a en effet une hémorragie rétro-placentaire ; on recueille une certaine quantité de caillots pesant 100 grammes.

Accouchement. — Début du travail : (?)

Entrée à la salle de travail : le 14 juin 1897 à 6 h. 30 du matin.

État de la dilatation à son entrée : lenticulaire.

Variété de la position : gauche antérieure.

Dilatation complète : le 14 juin à 9 heures du matin.

Durée de la période de dilatation : 2 h. 30.

Rupture spontanée tardive des membranes.

Liquide amniotique : rougeâtre.

Variété de la position au moment du dégagement : occipito-pubienne.

Expulsion du fœtus : le 14 juin à 9 h. 45 du matin.

Durée de la période d'expulsion : 45 minutes.

Lésions vulvo-vaginales : légères, déchirure de la fourchette.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : a perdu un peu avant son entrée.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : nulle.

Durée total du travail : (?).

Délivrance. — Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse aussitôt après l'expulsion : 21 centimètres, puis 22 centimètres 5 minutes après.

Extraction du placenta par expression française à 10 h. 10 du matin.

Injection intra-utérine.

Température une heure après l'accouchement 37° 4.

Pouls, 84.

Enfant. — Fœtus : mort et macéré. Sexe : féminin.

Poids : 2.170 grammes.

Annexes. — Placenta. Poids 480 grammes.

Le cordon partant de l'ombilic passe entre les deux cuisses sous la cuisse gauche, l'entoure au-dessous du genou, traverse l'entre-jambe en avant, passe sous le creux poplité droit, repasse sous les deux cuisses, entoure de nouveau la cuisse gauche au-dessus du genou, contourne la cuisse droite en arrière, et enfin passant en avant de cette cuisse, va trouver le placenta par la partie antérieure du fœtus.

La partie libre du cordon allant de la cuisse droite au placenta mesure 19 centimètres de longueur.

Il existe derrière le placenta 100 grammes de caillots noirs anciens.

Les sillons intro-cotyliédonaires sont extrêmement prononcés.

La femme est sortie en bon état le 26 juin 1897.

OBSERVATION XXI. — Clinique Baudelocque, n°33 (1898).

BASSIN RACHITIQUE, CANALICULÉ. — PRÉSENTATION DU SIÈGE COMPLET. — HYDRAMNIOS. — HÉMORRAGIE PAR DÉCOLLEMENT DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ. — ABAISSEMENT D'UN PIÉD. — HÉMORRAGIE INTERNE. — ACCOUCHEMENT FORCÉ. — RUPTURE DU SEGMENT INFÉRIEUR. — MORT DE LA FEMME 1 HEURE 30 APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

La nommée Léontine C..., âgée de 40 ans, couturière, IVpare est entrée à la salle de travail le 7 janvier 1898, à 2 heures 30 du soir.

Antécédents héréditaires (?)

Antécédents physiologiques. — A marché à 4 ans, difficilement et se fatiguant très rapidement. Réglee à 16 ans.

Antécédents pathologiques. — Anémie. — Fièvre typhoïde à 12 ans. — A 13 ans, rictus-apoplectiforme laissant la malade dans un état comateux pendant cinq jours, suivi pendant quelques temps de perte de la parole et de paralysie du membre supérieur droit.

Grossesses et accouchements antérieurs. — 1^{re} grossesse en 1894 se terminant par l'expulsion d'un enfant mort trois jours après sa naissance.

2^e Grossesse se terminant à 6 mois, le 20 février 1896 (n°295 clinique Baudelocque) par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré; les suites de couches furent normales.

3^e Grossesse se terminant à 7 mois, le 10 novembre 1896 (n° 1962, clinique Baudelocque) par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré; après l'expulsion du fœtus, la femme perdit abondamment; on fut obligé de pratiquer la délivrance artificielle. — Le père est le même pour tous les enfants.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : du 10 au 14 mai 1897. Hauteur de l'utérus, 36 centimètres à l'entrée.

Age de la grossesse, 7 mois.

Cette femme est venue plusieurs fois consulter à la clinique

Baudelocque pendant les mois d'octobre et de novembre; jamais on n'a trouvé d'albumine dans les urines. Ses urines sont normales au moment de l'accouchement.

Examen général. — Squelette. Femme de petite taille, à membres inférieurs courts et trapus. Faciès de rachitique. Dents rayées transversalement, voûte palatine déformée. Les fémurs ont une convexité antérieure, les tibias sont convexes en dedans, surtout dans le tiers inférieur; il existe à gauche un petit point d'ostéite qui suppure. Lésions osseuses d'héredo-syphilis.

Cœur, poumons : normaux.

Peau : Cette femme ne peut donner aucun renseignement sur les accidents spécifiques qu'elle présente; elle dit n'avoir jamais été malade; la grossesse a débuté dans la seconde quinzaine de mai et c'est seulement en septembre qu'elle vit apparaître quelques boutons à la vulve; elle vint alors à la clinique où on lui donna le traitement anti-syphilitique; ce traitement n'empêcha pas le développement de syphilides ulcéreuses hypertrophiques sur les grandes lèvres, d'une éruption roséolique sur tout le corps et en particulier sur la poitrine.

Examen obstétrical. — Seins, ventre : normaux.

Utérus : de consistance ligneuse.

Tension des parois : très forte.

Présentation : siège.

Engagement : (?).

Position et variété : (?).

Bassin : rachitique, canaliculé. Sacrum plat avec saillie de tous les disques intervertébraux. Diamètre PrSP = 9.8; diamètre faux promonto sous-pubien = 8.5.

Auscultation : nulle.

Observations. — Cette femme arrive le 7 février, à 2 h. 30 de l'après-midi, ayant perdu depuis le matin une quantité considérable de sang; sa chemise en est couverte. Elle n'a ressenti aucune autre douleur que celle des contractions utérines qui depuis le matin reviennent toutes les 10 minutes environ.

L'utérus mesure 36 centimètres au-dessus du pubis (à 7 mois 1/2 de grossesse); la femme ressent quelques douleurs

même dans l'intervalle des contractions; l'utérus présente une dureté ligneuse, surtout dans sa portion droite et inférieure. Le palper est presque impossible, on ne sent seulement en haut et à gauche qu'un pôle qui ressemble à une tête et qui ballotte.

On n'entend nulle part de bruits du cœur; il s'écoule toujours du sang par la vulve. Au toucher, l'orifice est dilaté comme 2 francs; on sent une poche des eaux absolument plate, très tendue, qui sépare le doigt d'une partie fœtale très élevée et qui ressemble à un petit membre.

Pouls : 88.

Température : 36°7.

On ne sent nulle part le placenta dans les environs de l'orifice.

M. Bouffe fait le diagnostic d'hydramnios, avec fœtus mort, probablement une présentation du siège, étant donné la position du pôle supérieur et probablement aussi décollement du placenta normalement inséré.

La poche des eaux rompue laisse écouler 800 grammes de liquide amniotique mélangé à une assez grande quantité de sang. Après l'écoulement du liquide, l'utérus paraît un peu moins tendu; il ne mesure plus que 31 centimètres. On donne un peu de chloroforme pour pouvoir pratiquer le toucher manuel afin de s'assurer exactement de la présentation et intervenir, car l'écoulement de sang rouge continue.

M^{lle} Roze introduit la main, reconnaît une présentation du siège complet en sacro-droite; chaque fois qu'on repousse légèrement la partie fœtale, il s'écoule du sang. On discute alors pour savoir s'il faut introduire un ballon; mais la partie fœtale est exactement appliquée sur l'orifice qui est très dur ainsi que le segment inférieur; d'un autre côté l'enfant est mort, il n'y a donc plus à le préserver; on se décide à abaisser un pied. M^{lle} Roze dilate lentement l'orifice qui arrive à être comme 5 francs, puis M. Bouffe abaisse un pied, le droit. Pendant que M^{lle} Roze a un doigt sur l'orifice, M. Bouffe tente quelques tractions pour tâcher d'engager le siège, mais on juge cette manœuvre dangereuse et on laisse les choses ainsi. La femme ne perd plus; la hauteur utérine est de

31 centimètres, le poulx à 90 (4 h. 10 du soir). On fait une injection de sérum salé de 500 grammes. La femme vomit; son état n'est pas bon, la face est très pâle; on remarque chez elle un peu d'agitation.

20 minutes après, à 6 h. 30, il ne s'écoule toujours rien au dehors. Mais comme son état devient grave, on place la femme dans la position obstétricale et M. Bouffe tente l'extraction.

La main gauche est introduite pour surveiller l'orifice, l'engagement du siège et de la cuisse relevée, pendant que la main droite tire légèrement sur le pied abaissé. Quand la main introduite dans l'orifice cherche à reconnaître la position de la cuisse, il s'écoule du sang rouge et pur avec quelques caillots noirs anciens.

Petit à petit le siège s'engage, puis le ventre et on n'a aucune difficulté pour extraire les épaules et la tête. Immédiatement derrière le fœtus jaillit un jet considérable de sang frais. Cette opération a duré 15 minutes.

La main gauche introduite pour faire la délivrance artificielle sent dans l'utérus le placenta complètement décollé et une quantité considérable de caillots dont on a recueilli 650 grammes en plus du sang liquide écoulé. On sent une déchirure du cul de sac latéral droit, on entre dans le ligament large, mais il ne paraît pas exister de communication péritonéale. L'utérus se contracte énergiquement.

La femme est dans un très mauvais état; le poulx n'est plus comptable, il est imperceptible. On fait un tamponnement vaginal très serré et on applique sur le ventre un bandage de corps. Depuis la délivrance il s'est écoulé très peu de sang.

Depuis ce moment, 5 h. 30, il est impossible de faire revenir le poulx, malgré 1.500 grammes d'injection sous-cutanée de solution salée, plusieurs injections d'éther et tous les moyens habituels; la femme meurt à 6 h. 30.

OBSERVATION XXII. — Clinique Baudelocque, n° 71 (1898).

DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA. — HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE. — ENFANT MORT. — BASIOTRIPSIE PAR M. PINARD. — DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE PAR M^{lle} ROZE. — INJECTION INTRA-UTÉRINE TRÈS PROLONGÉE. — 1.000 GRAMMES DE SÉRUM SALIN. — PLACENTA A FOYERS HÉMORRAGIQUES ANCIENS ET RÉCENTS.

La nommée Joséphine J..., âgée de 26 ans, journalière, Ipare, entre à la salle de travail le 11 janvier 1898, à 6 heures du soir.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A marché à 12 mois, toujours bien.

Réglée à 14 ans, régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Légers troubles du côté du squelette vers l'âge de 14 mois, n'ayant pas amené d'arrêt dans la marche. — Scarlatine à 9 ans. — Fièvre typhoïde à 8 ans. — Erysipèle à 10 ans.

Dernières règles : 13 au 18 avril 1897.

Apparition des mouvements actifs : (?).

Hauteur de l'utérus : 41 centimètres.

Age de la grossesse : à terme.

On ne trouve pas d'albumine dans ses urines.

Examen général. — Squelette : légère incurvation de la crête des tibias.

Peau, cœur, poumons : normaux.

Examen obstétrical. — Seins, ventre : normaux.

Utérus : très tendu au début ; de consistance ligneuse environ 18 heures après son entrée.

Tension des parois : exagérée, rendant le palper impossible.

Présentation : Sommet.

Engagement : non effectué.

Position et variété : gauche transverse.

Bassin : normal.

Auscultation : négative.

Observations. — Mardi, 11 janvier, à 11 heures du matin, premières douleurs abdominales très vives ; malgré cela elle retourne à son travail ; vers 5 heures du soir les douleurs étant plus fortes, elle vient à la clinique. On constate alors un utérus très tendu qu'on peut difficilement palper, une tête au détroit supérieur en gauche transverse ; l'auscultation est nulle. Le col encore long et de consistance normal est fortement dévié à gauche et en arrière. La femme est pâle, de mauvais aspect ; elle se plaint continuellement de douleurs abdominales ; la température est de 37°, le pouls s'élève à 100 ; il n'y a rien dans les urines. Vers minuit, la femme qui n'a cessé de se plaindre, devient très pâle et son pouls s'accélère ; il atteint 132 ; il est faible, irrégulier ; la température est de 37°2. On lui donne de l'alcool et on fait des enveloppements chauds ; le pouls descend à 96, mais reste irrégulier. La femme a des vomissements tout le reste de la nuit, et perd en petite quantité du liquide rougeâtre.

Le 12, l'utérus est constamment tendu, mais ne présente pas cependant de consistance ligueuse ; la palpation est très difficile et très douloureuse, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. La dilatation est lenticulaire à 11 h. 35, l'auscultation est nulle. M. Pinard examine la parturiente et ne peut affirmer de diagnostic en raison de la tension constante de l'utérus. Au toucher, il trouve un col effacé, revenu au centre de l'excavation et une tête engagée ; en soulevant cette tête, il recueille une certaine quantité de liquide amniotique légèrement coloré en rouge.

A 11 h. 45 la femme perd environ 200 grammes de sang mélangé à du liquide amniotique. A 2 heures du soir, pouls 136 ; température 37°7. M. Baudron constate un début de consistance ligueuse au niveau de la partie latérale gauche de l'utérus. A 3 h. 30, M^{lle} Roze pratique le toucher et soulève légèrement la tête ; il s'écoule alors près de 500 grammes de sang noirâtre mêlé à du liquide amniotique ; on constate à ce moment une consistance ligueuse de tout l'utérus, en même temps qu'une sensibilité extrême. A 6 heures du soir, pouls 138 ; le reste de la journée la malade

est assez tranquille, ayant de faibles contractions assez espacées.

Le 13 janvier, vers 1 heure du matin, la malade commence à souffrir plus vivement et à se plaindre ; il ne se produit cependant aucun phénomène particulier ; à 4 du matin le pouls est à 120 ; à 6 h. 30, il est à 90 ; la dilatation est alors lenticulaire.

A 9 h. 30, M. Pinard examine la parturiente et constate que l'orifice dont les bords sont très amincis et très souples, est dilaté comme 1 franc et facilement dilatable. Il décide alors de donner du chloroforme à la femme, de pratiquer la dilatation manuelle de l'orifice et de réduire la tête par craniotomie. La dilatation à l'aide des doigts est portée très facilement et très rapidement à une petite paume ; en introduisant le perforateur, on soulève la tête, et il s'écoule encore du sang noir et fétide. Les deux branches du basiotribe sont appliquées de façon à broyer seulement la voûte crânienne et à étirer comme un cône la tête fœtale ; de cette façon, la tête sur laquelle on exerce des tractions lentes et soutenues achève de dilater l'orifice, et l'extraction se termine sans produire aucune lésion et sans aucun incident. Par expression, M. Pinard chasse de l'utérus 980 grammes de caillots et de sang noirâtre. M^{lle} Roze introduit la main dans l'utérus, et constate que le placenta est presque complètement décollé ; il adhère encore à droite et en arrière ; elle en fait immédiatement l'extraction. Injection intra-utérine prolongée.

Accouchement.— Début du travail. Le 11 janvier 1898 à 11 heures du matin (?)

Entrée à la salle de travail : le 11 janvier 6 heures du soir.

Début de la dilatation : (?).

Variété de la position : gauche antérieure.

Dilatation manuelle, le 13 janvier à 9 h. 30 du matin.

Durée de la période de dilatation : (?)

Rupture spontanée prématurée des membranes.

Liquide amniotique : teinté de sang.

Extraction du fœtus : le 13 janvier à 10 heures 15 du matin (Basiotripsie).

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : légère.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : nulle.

Durée totale du travail : 47 h. 15 (?)

Délivrance. — Délivrance artificielle aussitôt après l'extraction du fœtus.

Injection intra-utérine prolongée.

500 grammes de sérum salin.

Pouls 140. Température 37°. 6.

Suites de couches. — Le deuxième jour, le 15 janvier la température s'est élevée à 38°, 7, avec 128 pulsations radiales ; la femme expulsa quelques caillots.

La femme sortit le 25 janvier 1898.

OBSERVATION XXIII. — Clinique Baudelocque, n° 72 (1898)

FEMME ALBUMINURIQUE. — HÉMORRAGIE GRAVE. — RUPTURE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES A UNE DILATATION COMME 1 FRANC. — ACCOUCHEMENT SPONTANÉ. — ENFANT MORT, RIGIDITÉ CADAVÉRIQUE. — DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE ET EXTRACTION DE 1.220 GRAMMES DE CAILLOTS PAR M^{lle} ROZE. — INJECTION DE 1.500 GRAMMES DE SÉRUM SALIN.

La nommée Marie M., âgée de 40 ans, journalière, Vpare, entre à la salle de travail, le 13 janvier 1898, à 4 h. 30 du soir.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A. toujours bien marché. Réglée à 12 ans régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

Grossesses et accouchements antérieurs. — 4 grossesses antérieures, normales.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 12 au 17 mai 1897.

Apparition des mouvements actifs : 20 septembre.

Hauteur de l'utérus : 35 centimètres.

Âge de la grossesse : 8 mois.

Albumine dans les urines, les urines se prennent en masse.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons : normaux.

Cedème : aux membres inférieurs ; sus-pubien.

Varices à la jambe droite.

Examen obstétrical. — Seins, ventre : normaux.

Utérus : contracté ; ne permet pas de faire un diagnostic certain.

Tension des parois : assez forte.

Présentation : sommet.

Engagement effectué.

Position et variété : (?) à cause de la contraction permanente de l'utérus.

Bassin : normal.

Auscultation négative.

Observation. — Cette femme est amenée à la clinique le 13 janvier à 1 h. 30 du soir par une sage-femme de la ville. Son état est alarmant, faciès pâle, étiré, lèvres violacées, extrémités refroidies, pouls faible, filiforme à 124, œdème des jambes et sus-pubien. La sage-femme donna les renseignements suivants : la parturiente souffrant depuis 1 heure du matin, la fait venir à 8 heures ; elle trouve la femme debout et sur le parquet environ 500 grammes de caillots ; elle fait coucher sa cliente, pratique le toucher, et trouve le col long, le sommet amorcé et les bruits du cœur fœtal normaux, elle donna deux injections chaudes.

Jusqu'à 1 heure 30 la parturiente perd environ 600 gr. de sang ; en raison de la gravité de son état, de l'agitation et de l'indocilité de la femme, on l'amène à la clinique. M^{lle} Roze aussitôt prévenue pratique l'examen et trouva l'utérus contracté, ne lui permettant pas de faire un diagnostic certain ; elle croit cependant bien apprécier les caractères de la tête au détroit supérieur ; l'auscultation est négative ; par le toucher, on arrive sur la tête après avoir enlevé une grande quantité de caillots du vagin. M^{lle} Roze trouve une dilatation comme 1 franc, les bords de l'orifice très épais, les membranes très tendues ; elle les rompt artificiellement et largement ; la femme ne perd plus une goutte de sang ; on lui fait une injection de 1.500 grammes de sérum

salin, et des enveloppements chauds; on lui fait boire de l'alcool et respirer de l'oxygène; le pouls est toujours très mal frappé à 120 et il est très difficile de prendre sa température, car la malade remue constamment; le thermomètre, ne marque pas plus de 35°.

Le cathétérisme pratiqué, les urines se prennent en masse. A 2 heures 15, M. Baudron trouve l'orifice dilaté comme 2 franc; à 3 heures M^{lle} Roze le trouve comme 5 francs et voulant renseigner à 3 heures 30 M. Pinard, elle pratique de nouveau le toucher et constate que la dilatation est presque complète. La parturiente pousse et accouche à 3 heures 50 d'un garçon pesant 2.370 grammes, en état de rigidité cadavérique. L'accouchée devient alors plus calme, le faciès s'améliore et les muqueuses reprennent leur coloration normale.

M^{lle} Roze introduit, immédiatement après l'expulsion du fœtus, sa main dans l'utérus et trouve le placenta complètement décollé et les membranes contenant une grande quantité de caillots; elle extrait le tout. Les caillots recueillis pèsent 1220 grammes; le placenta est aplati et présente de nombreux infarctus albuminuriques; les membranes quoique déchirées paraissent complètes; le placenta était inséré sur le segment inférieur.

Accouchement. — Début du travail : le 13 janvier 1893, à 1 heure du matin (?)

Entrée à la salle de travail : le 13 janvier à 1 heure 30 du soir.

État de la dilatation à son entrée : comme un franc.

Variété de la position : (?)

Dilatation complète : le 13 janvier à 3 heures 20 du soir.

Durée de la période de dilatation : (?)

Rupture spontanée précoce des membranes à une dilatation comme 1 franc.

Liquide amniotique : mélangé à du sang.

Variété de la position au moment du dégagement : occipito-pubienne.

Expulsion du fœtus : le 13 janvier à 3 h. 50 du soir.

Durée de la période d'expulsion : 30 minutes.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : environ 1.000 grammes.

Durée totale du travail : 45 h. 50. (?)

Délivrance. — Délivrance artificielle aussitôt après l'expulsion du fœtus.

Injection : intra-utérine.

Pouls 120 ; température 37°.

Enfant. — Sexe : masculin, mort-né.

Poids : 2.370 grammes.

Annexes. — Placenta. Forme : discoïde.

Poids : 430 grammes.

Particularités : nombreux infarctus albuminuriques :

Membranes : déchirées, paraissant complètes ; la mensuration est impossible.

Cordon. Insertion : excentrique ; longueur, 43 centimètres ; volume : normal.

La mère sortit en bon état le 27 janvier 1898.

OBSERVATION XXIV. — Clinique Baudelocque, n° 84 (1898)

HÉMORRAGIE AU COURS DU 7^e MOIS. — RUPTURE LARGE DES MEMBRANES. — INTRODUCTION D'UN BALLON CHAMPETIER (GRAND MODÈLE), — ENFANT MORT, SIÈGE.

La nommée Françoise W..., âgée de 40 ans, laitière, XIIipare, entre à la salle de travail, à 5 heures du soir, le 15 janvier 1898.

Antécédents héréditaires. — Père mort fou.

Antécédents physiologiques. — A toujours bien marché. Réglée à 13 ans 1/2.

Antécédents pathologiques. — Coliques hépatiques en mars 1884.

Grossesses et accouchements antérieurs. — A eu 11 grossesses normales. Tous les enfants sont venus spontanément à terme, sauf le 2^e accouchement, qui a eu lieu à 7 mois.

Les cinq premiers enfants, nourris au biberon, sont morts

avant l'âge de 6 mois ; tous les autres sont vivants. Même père pour tous les enfants.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 15 au 20 mai 1897.

Apparition des mouvements actifs : du 10 au 15 octobre.

Hauteur de l'utérus : 39 centimètres.

Age de la grossesse : 7 mois 1/2.

Accidents et complications. — Depuis le 3^e mois de sa grossesse, elle est soumise au régime lacté absolu parce qu'elle a de l'albumine dans les urines, avec œdème assez considérable des membres inférieurs, et de la région sus-pubienne. Elle n'a présenté ni troubles de la vue, ni céphalalgie. Température, 37°,1 ; pouls, 120. Albuminurie intense au moment de l'accouchement.

Examen général. — Squellette, peau, cœur, poumons : normaux.

Œdème : des membres, sus-pubien.

Varices : légères aux membres inférieurs.

Examen obstétrical. — Seins normaux.

Ventre : parois abdominales très épaisses.

Utérus : normal.

Tension des parois : moyenne.

Présentation : du siège.

Engagement : non effectué.

Position et variété : droite transverse.

Bassin : normal.

Auscultation : négative.

Observations. — Le 15 janvier 1898, à 7 heures du matin, cette femme, sans avoir éprouvé aucune douleur, perd beaucoup de sang ; elle se couche immédiatement et fait venir une sage-femme qui lui donne deux injections très chaudes au sublimé. La perte de sang s'arrête, il n'y a plus qu'un léger écoulement sanguin, qui persiste jusqu'à son arrivée à la clinique, à 3 h. 30 du soir, le 15 janvier.

A son arrivée dans le service, la femme est légèrement colorée ; les muqueuses ne sont pas décolorées, mais le pouls est à 120.

M^{lle} Rôze trouve au toucher un col long, perméable, les membranes intactes, un siège au détroit supérieur, non

engagé. Elle introduit, à 3 h. 40 un ballon Champetier grand modèle, après avoir rompu largement les membranes. L'auscultation, pratiquée avec un grand soin, ne permet pas de constater les bruits du cœur du fœtus. L'écoulement sanguin a disparu; les contractions utérines se succèdent fréquentes et énergiques. A 5 h. 30 du soir, le ballon est expulsé spontanément; M^{lle} Roze va à la recherche d'un pied et extrait le fœtus à 5 h. 45 du soir.

Accouchement. — Début du travail : 15 janvier 1898 à 3 h. 30 du soir.

État de la dilatation à son entrée : col long, perméable.

Variété de la position : droite transverse.

Dilatation complète : le 15 janvier à 5 h. 45 du soir.

Rupture artificielle des membranes avant toute dilatation.

Liquide amniotique : (?)

Extraction du fœtus : le 15 janvier à 5 h. 45 du soir.

Quantité de sang perdu avant la dilatation : assez considérable.

Durée totale du travail : 8 h. 45.

Délivrance. — Extraction simple après l'extraction du fœtus.

Aussitôt après l'extraction du fœtus, M^{lle} Roze introduit la main pour faire la délivrance artificielle : le placenta est complètement décollé et est extrait du vagin immédiatement.

Injection intra-utérine prolongée.

Enfant. — Sexe : masculin, mort-né. Poids : 2.200 grammes.

Annexes. — Placenta. Forme : discoïde. Poids 400 grammes.

Membranes : complètes, non dissociées.

Mensuration des membranes : 33/0.

Cordon. — Insertion : excentrique. Longueur : 43 centimètres. Volume : normal.

Derrière le placenta il sort une certaine quantité de caillots, 620 grammes, de coloration noirâtre. Ces caillots ont aplati le placenta sur une assez grande étendue.

Le placenta présente de nombreux petits foyers albumineux anciens et récents.

La femme sortit en bon état le 15 janvier 1898,

OBSERVATION XXV. — Clinique Baudelocque, n° 393 (1898)

PLACENTA SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR, 26/4. — HÉMORRAGIE
RÉTRO-PLACENTAIRE. — FEMME ALBUMINURIQUE

La nommée Juliette B..., âgée de 23 ans, journalière, III^e pare, entre à la salle de travail, le 7 mars à 11 h. 25 du matin.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 48 ans de congestion pulmonaire.

Mère morte à 35 ans (?)

Antécédents physiologiques. — A toujours bien marché. Réglée à 12 ans 1/2 irrégulièrement.

Antécédents pathologiques. — Rougeole à 4 ans.

Grossesses et accouchements antérieurs. — Deux grossesses, la première à terme, la deuxième à 8 mois, se terminant par la naissance de deux enfants par le sommet. Même père pour toutes les grossesses.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 23 au 25 juillet 1897.

Apparition des mouvements actifs : fin septembre.

Hauteur de l'utérus : 24 centimètres.

Age de la grossesse : 7 mois.

Au moment de l'accouchement, il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons : normaux.

Ni œdèmes, ni varices.

Examen obstétrical. — Seins, ventre, utérus : normaux.

Tension des parois : faible.

Présentation : sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : droite postérieure.

Bassin : normal.

Auscultation : à droite.

Observations. — Cette femme affirme n'avoir jamais perdu de sang pendant sa grossesse. Elle a ressenti ses premières douleurs, le 7 mars 1898 à 7 heures du matin; vers 10 h. 30 elle commence à perdre du sang : elle se décide alors à venir à la clinique où elle arrive à 11 h. 25; son linge est rempli de sang, elle perd un énorme caillot de la grosseur du poing. La dilatation est grande comme une paume; les membranes sont rugueuses en avant et à gauche : la femme continuant à perdre, on les rompt artificiellement et on la fait pousser. Elle accouche à midi 5 d'un garçon de 1.750 grammes; autour du cou de l'enfant il y a un circulaire lâche qu'on a facilement fait passer par dessus la tête.

Sur la face utérine du placenta, on remarque une hémorragie récente. A sa visite, M. Pinard fait remarquer qu'il existe en outre sur cette face du placenta, de nombreux infarctus albuminuriques de tous les âges; faisant une coupe, il trouve que l'intérieur du placenta est farci d'hémorragies récentes (placenta truffé); il fait alors le diagnostic d'albuminurie. Cette femme est venue deux fois, le 3 et le 6 mars, à la consultation; on n'a jamais constaté aucune trace d'albumine dans les urines.

Accouchement. — Début du travail : 7 mars 1898, à 7 h. 30 du matin (?).

Entrée à la salle de travail : le 7 mars, à 11 h. 35 du matin.

État de la dilatation à l'entrée : grande paume.

Variété de la position : droite postérieure.

Dilatation complète : le 7 mars, à midi.

Durée de la période de dilatation : (?).

Rupture artificielle des membranes à une dilatation comme une grande paume.

Liquide amniotique : verdâtre.

Variété de position au moment du dégagement : occipito-pubienne.

Expulsion du fœtus : 7 mars, à midi 5.

Durée de la période d'expulsion : 5 minutes.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : considérable.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : nulle.

Durée totale du travail : 4 h. 35.

Délivrance. — Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse aussitôt après l'expulsion : 14 centimètres; puis 15, 16, 19, 20, 20, 20 centimètres de 5 en 5 minutes.

Présentation du placenta : face fœtale.

Extraction simple à midi 35, 30 minutes après l'expulsion du fœtus.

Quantité de sang perdu pendant la délivrance : nulle.

Pouls : 64.

Température : 36°5.

Injection intra-utérine.

Enfant. — Sexe : masculin, faible, mis en couveuse.

Poids : 1.730 grammes.

Longueur totale : 38 centimètres.

Annexes. — Placenta. Forme : discoïde.

Poids : 470 grammes.

Altérations : Infarctus albuminuriques nombreux de tous les âges; placenta farci d'infarctus blancs.

Membranes : complètes.

Mensuration des membranes : 26/4.

Cordon. Insertion : excentrique.

Longueur : 49 centimètres.

Volume : grêle.

Sur la face utérine, hémorragie récente ayant donné un caillot de 10 centimètres sur 6, puis un autre petit caillot de la grosseur d'une amande qui a formé une dépression très marquée avec des bords taillés à pic.

La mère sortit en bon état le 17 mars 1898, ainsi que son enfant.

OBSERVATION XXVI. — Clinique Baudelocque, n° 473
(1898).

ALBUMINURIE. — UTÉRUS DE CONSISTANCE LIGNEUSE. —
ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ. — FŒTUS MACÉRÉ. — DÉLI-

VANCE SPONTANÉE INCOMPLÈTE. — HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE. — 810 GRAMMES DE CAILLOTS.

La nommée Lucie M..., âgée de 33 ans, ménagère, Ipare, arrive à la salle de travail le 20 mars 1898, à 11 heures du soir.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 28 ans (?).

Antécédents physiologiques. — A toujours bien marché. Régée à 15 ans, irrégulièrement.

Antécédents pathologiques. — Très nerveuse, a parfois des crises avec perte de connaissance; pas de réflexe pharyngien.

Dernières règles : 7 au 10 août 1897.

Apparition des mouvements actifs à 5 mois.

Hauteur de l'utérus : 30 centimètres.

Age de la grossesse : 9 mois.

Accidents et complications. — Vomissements presque tous les matins pendant les cinq premiers mois. Hémorragie assez abondante le 10 mars.

Albumine dans les urines.

Examen général. — Squelette, peau, cœur : normaux.

Poumons : quelques râles de bronchite.

Examen obstétrical. — Seins : montée laiteuse assez forte.

Ventre : normal.

Utérus : de consistance ligneuse.

Tension des parois : assez considérable.

Présentation : sommet.

Engagement : non effectué.

Position et variété : gauche transverse.

Bassin : normal.

Auscultation : nulle.

Observations. — Depuis son hémorragie du 10 mars, laquelle dura 2 heures, cette femme ne sent plus remuer son enfant; une sage-femme lui fit faire soir et matin des injections vaginales; en même temps elle prenait un lavement laudonisé. Trois jours après ne sentant plus remuer, et du lait coulant spontanément par les seins qui sont le siège d'un gonflement très marqué, elle fait venir un médecin qui après l'avoir examinée, l'envoie à la clinique.

A son entrée, l'auscultation est négative, les parois utérines sont assez tendues, le palper est difficile ; au toucher, le col est long, l'orifice externe entr'ouvert admet facilement la pulpe de l'index ; au niveau du segment inférieur on trouve un pôle qui semble être la tête.

Le 20 mars à 11 heures du soir elle est amenée à la salle de travail avec une dilatation comme 0,50 centimes ; toute la nuit les contractions sont très fréquentes ; il s'écoule une très petite quantité de sang poisseux ; couleur de gelée de cassis. A 6 heures du matin, le 21 mars, la dilatation est complète ; rupture spontanée de la poche des eaux qui faisait dans le vagin une hernie très tendue depuis minuit et qui arrivait à ce moment à la vulve ; le liquide qui s'écoule est rougeâtre. A 6 h. 5 expulsion du fœtus suivie de celle du placenta et de 810 grammes de caillots noirâtres.

Accouchement. — Début du travail : (?)

Entrée à la salle de travail : 20 mars à 11 heures du soir.

État de la dilatation à l'entrée : 0,50 centimes.

Variété de la position : (?)

Dilatation complète : 21 mars à 6 heures du matin.

Durée de la période de dilatation : (?)

Rupture spontanée tempestive des membranes.

Liquide amniotique : rougeâtre.

Variété de position au moment du dégagement : occipito-pubienne.

Expulsion du fœtus : le 21 mars à 6 h. 5 du matin.

Durée de la période d'expulsion : 5 minutes.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : nulle.

Durée totale du travail : 5 minutes.

Délivrance. — Expulsion du placenta aussitôt après l'expulsion du fœtus.

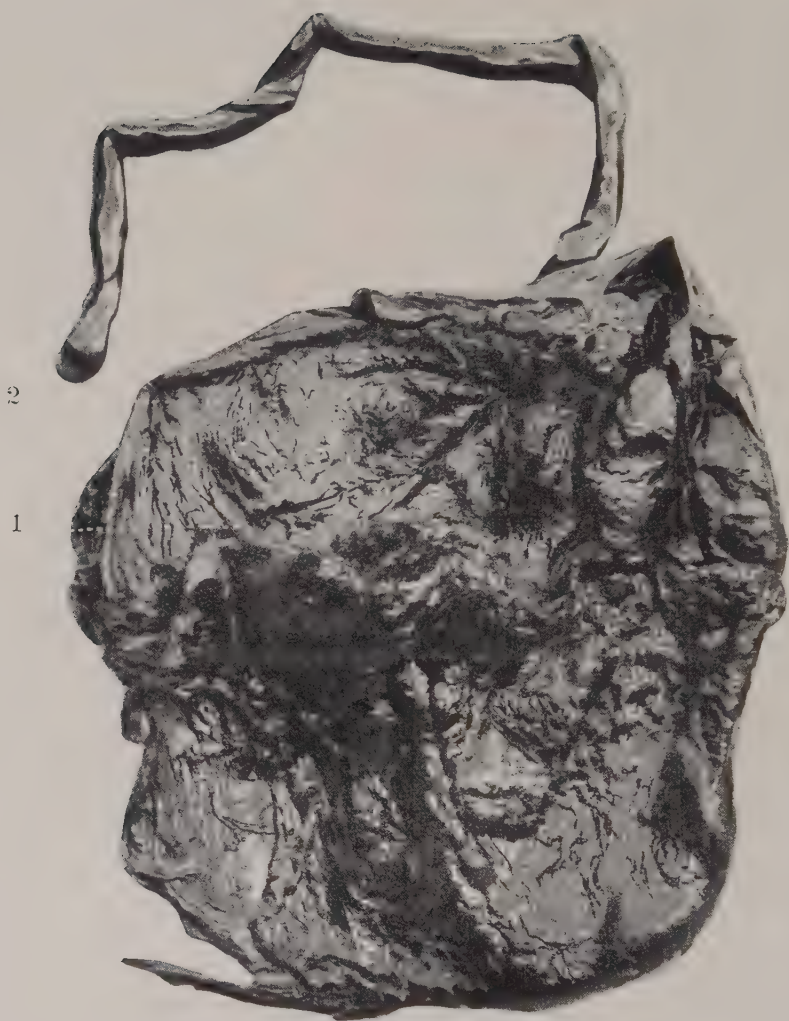
Pouls : 100. Température : 37°.

Enfant. — Sexe féminin ; macéré. Poids : 1.400 grammes. Longueur totale 40 centimètres.

Annexes. — Placenta. Forme : discoïde irrégulière ; Poids : 450 grammes.

Membranes : Rétention des membranes maternelles.

Mensuration des membranes : 30/5.



1. — Point ou s'est fait l'hémorragie.
2. — Dépression ou cupule.

Cordon. Insertion : excentrique bord inférieur ; Longueur : 56 centimètres.

Volume : moyen ; Particularités : rougeâtre.

Le placenta a une forme discoïde étalé, tous les cotylédons sont dégénérés, la moitié du placenta est aplatie. Toute la masse placentaire est criblée de petits foyers fibrineux. Une immense dépression réniforme de 14 centimètres sur 7, occupe le tiers environ de la surface de l'organe ; cette dépression est limitée par des bords taillés à pic vers le centre du placenta et se termine en pente douce vers les bords. Sur toute cette étendue le tissu placentaire est considérablement aminci.

La mère est sortie en bonne état le 30 mars 1898.

OBSERVATION XXVII. — Clinique Baudelocque, n° 530
(1898)

BASSIN COXALGIQUE. — ALBUMINURIQUE. — ENFANT MORT. —
HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE.

La nommée Marie B..., âgée de 27 ans, mécanicienne en fabrique, Ipere, arrive à la salle de travail, le 30 mars 1898, à 1 h. 50 du soir à la clinique le 12 mars 1898.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A marché à 2 ans, mal. Réglée à 13 ans régulièrement.

Antécédents pathologiques. — A 4 ans, soignée pour une coxalgie, a marché dans un appareil jusqu'à l'âge de 10 ans. Depuis 1893, elle éprouve des douleurs très vives d'estomac, des vomissements très fréquents ; elle ne pouvait digérer que du lait. Depuis sa grossesse, tous ces accidents ont disparu.

Dernières règles : 3 au 5 juillet 1897.

Apparition des mouvements actifs : commencement de décembre.

Hauteur de l'utérus : 28 centimètres ; au moment de l'accouchement, 32 centimètres.

Age de la grossesse : 8 mois 1/2.

Accidents et complications. — Il y a un mois lorsqu'elle

vint consulter, elle n'avait pas d'albumine dans ses urines ; le 12 mars, quand elle fut admise au dortoir, il y avait un léger nuage ; le 13 mars l'albumine était en notable quantité dans ses urines. Elle fut mise immédiatement au régime lacté.

Examen général. — Squelette. — Raccourcissement de la jambe droite de 5 centimètres. Boiterie assez accentuée. La femme étant debout et les deux pieds reposant sur le plancher par toute leur face plantaire, la crête iliaque et le pli fessier du côté gauche sont notablement plus élevé qu'à droite. Les mouvements d'abduction de la cuisse gauche sur le bassin sont beaucoup moins étendus à droite qu'à gauche. Dépression sur la surface antérieure du sternum.

Peau, cœur, poumons : normaux.

Examen obstétrical. — Seins, ventre, utérus : normaux.

Tension des parois : faible.

Présentation : céphalique.

Engagement : non effectué.

Position et variété : droite transverse.

Bassin : le promontoire semble être à gauche du plan sa-ital passant par la symphyse : Diamètre PrSP. un peu moins de 12 centimètres.

Observations. — Les membranes se rompent spontanément au dortoir le 30 mars à 7 heures du matin. Le liquide qui s'écoule est vert ; la femme n'ayant pas prévenu n'est amenée à la salle de travail qu'à 1 h. 50 du soir. A ce moment on constate une dilatation de 0 fr. 50 centimes ; les bruits du cœur du fœtus sont perçus à droite ; la tête est engagée en droite postérieure. Toute l'après-midi, les contractions utérines sont fréquentes et énergiques ; la dilatation avance lentement. A 4 heures elle est comme 1 franc ; les bruits du cœur sont très rapides par moment.

A 6 heures, la dilatation est comme 2 francs ; à 7 heures elle est comme 5 francs, les bruits du cœur ne se modifient pas. A 8 h. 55, la dilatation est complète, les bruits du cœur sont perçus à droite de l'ombilic ; la femme à partir de ce moment s'agite, crie, il est impossible d'ausculter ; les contractions sont presque sub-intrantes. Un enfant du sexe

masculin est expulsé; il pèse 1.870 grammes. Il ne respire pas, et malgré tous les soins prodigués à l'enfant, la respiration ne s'établit pas.

Accouchement. — Début du travail : le 30 mars 1898 vers 7 heures du matin (?)

Entrée à la salle de travail : le 30 mars, à 1 h. 50 du soir.

État de la dilatation : 0 fr. 50.

Variété de la position : droite postérieure.

Dilatation complète : 30 mars à 8 h. 55 du soir.

Durée de la période de dilatation : (?)

Rupture spontanée précoce à 7 heures du matin, le 30 mars.

Liquide amniotique : très vert.

Variété de position au moment du dégagement : occipito-pubienne.

Expulsion du fœtus : le 30 mars à 9 h. 10 du soir.

Durée de la période d'expulsion : 10 minutes.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : nulle.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : nulle.

Durée totale du travail : 26 h. 10 (?).

Délivrance. — Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse aussitôt après l'expulsion : 18 centimètres ; puis 19, 19, 19, 20, 19, 18 centimètres de 5 en 5 minutes.

Présentation du placenta : face fœtale.

Extraction simple à 9 h. 10 du soir, 30 minutes après l'accouchement.

Quantité de sang perdu pendant la délivrance : normale.

Pouls : 116.

Température : 37° 5.

Injection intra-utérine.

Enfant. — Sexe : masculin, mort-né. Poids 1.870 grammes. Longueur totale : 44 centimètres.

Annexes. — Placenta forme discoïde. Poids 400 grammes.

Altérations : Noyaux albuminuriques anciens.

Membranes : incomplètes, rétension d'une partie.

Mensuration des membranes : 25/9.

Cordon. Insertion excentrique. Longueur 50 centimètres.

Volume grêle. Foyers hémorragiques récents. Sur le bord

supérieur du placenta, on trouve une dépression d'environ 2 centimètres de profondeur et ayant un diamètre de 4 centimètres sur 3, cette cupule contient un caillot de couleur cassis; l'hémorragie a fusé le long des membranes sur une étendue de 10 centimètres environ.

La mère est partie en bon état le 9 avril 1898.

OBSERVATION XXVIII. — Clinique Baudelocque, n° 562
(1898)

MÉSO-CORDON. — HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE. — ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

La nommée Pauline L..., âgée de 27 ans, blanchisseuse, IVpare, entre à la salle de travail le 4 avril 1898 à 9 heures 30 du matin.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A marché à 18 mois toujours bien. Réglée à 13 ans 1/2, régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

Grossesses et accouchements antérieurs. — Deux accouchements en 1890 et 1892 à terme d'enfants vivants. Un avortement de 5 mois. Même père.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, 28 au 30 juillet 1898.

Apparition des mouvements actifs : décembre.

Hauteur de l'utérus : 28 centimètres.

Age de la grossesse : 8 mois.

Accidents et complications. — Le 3 avril à 10 heures du soir, étant couchée, la femme perdit une certaine quantité de sang clair; depuis elle continue à avoir un suintement sanguin jusqu'à son arrivée à la clinique. Au moment de l'accouchement on constate un léger nuage dans ses urines.

Examen général. — Peau, squelette, cœur, poumons : normaux.

Examen obstétrical. — Seins, ventre, utérus : normaux.

Tension des parois : moyenne.

Présentation : sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : gauche antérieure.

Bassin : normal.

Auscultation : à gauche au-dessous de l'ombilic.

Observations. — A son arrivée à la clinique, on constate chez cette femme, une présentation du sommet profondément engagé avec une poche intacte ; elle perd du sang clair en très petite quantité.

On pense à une insertion du placenta sur le segment inférieur ; mais d'une part l'engagement profond de la tête et l'intégrité des membranes font porter le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire.

Accouchement. — Début du travail : (?).

Entrée à la salle du travail : le 4 avril 1898, à 9 h. 30 du soir.

État de la dilatation à l'entrée : 2 francs.

Variété de la position : gauche antérieure.

Dilatation complète : 8 h. 30 du soir, 4 avril.

Durée de la période de dilatation : (?).

Rupture spontanée tempestive des membranes.

Liquide amniotique : normal.

Variété de position au moment du dégagement : occipito-pubienne.

Expulsion du fœtus : le 4 avril, à 9 h. 15.

Durée de la période d'expulsion : 15 minutes.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : peu considérable.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : nulle.

Durée total du travail : (?).

Délivrance. — Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse aussitôt après l'expulsion : 16 centimètres ; puis 17, 17, 18, 19, 18, 18 centimètres de 5 en 5 minutes.

Présentation du placenta : face fœtale.

Extraction simple à 9 h. 35, 30 minutes après l'expulsion du fœtus.

Pouls, 100 ; température, 37°8.

Enfant. — Sexe masculin ; mis en couveuse.

Poids : 1,720 grammes. Longueur totale : 41 centimètres.

Annexes. — Placenta. Forme discoïde. Poids : 400 grammes.

Membranes : complètes.

Mensuration des membranes : 34/13

Cordon. — Insertion : excentrique bord supérieur. Longueur : 57 centimètres.

Volume : grêle.

Particularités : un méso-cordon allant de l'insertion du cordon aux membranes du côté du bord supérieur et mesurant 6 centimètres ; le cordon formait un circulaire que l'on a passé sur les épaules du fœtus.

Le placenta est friable. Sur le bord supérieur il y a un petit foyer hémorragique avec une dépression sur les membranes du bord supérieur se trouve un énorme foyer hémorragique mesurant environ 15 centimètres de diamètre. Le méso-cordon vient juste se fixer sur les membranes au niveau de ce foyer ; on recueillit 110 grammes de caillots.

En faisant une injection intra-utérine, on se rendit compte que le placenta était inséré en avant.

La mère sortit en bon état.

OBSERVATION XXIX. — Clinique Baudelocque, n° 786 (1898).

HÉMORRAGIE TROIS JOURS AVANT L'ACCOUCHEMENT. — ENFANT MORT. — RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES. — PLACENTA SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR EN AVANT ET À DROITE A 30/3. HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE SECONDAIRE. — INJECTION DE SÉRUM SALÉ.

La nommée Marie T..., âgée de 24 ans, couturière, Ipare, arrive à la salle de travail le 8 mai 1898, à 10 heures du matin.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A toujours bien marché. Réglée à 14 ans, irrégulièrement.

Antécédents pathologiques. — Scarlatine à 13 ans.

Dernières règles : 6 au 8 septembre 1897.

Apparition des mouvements actifs : janvier. (?)

Hauteur de l'utérus : 35 centimètres.

Age de la grossesse : 8 mois.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons, normaux.

Examen obstétrical. — Seins, ventre : normaux.

Utérus : très dur.

Tension des parois : normale.

Présentation : céphalique.

Engagement : non effectué.

Position et variété : gauche antérieure. (?)

Bassin : normal. Auscultation : négative.

Observations. — Cette femme a eu une grossesse normale ; elle dit n'avoir jamais perdu de sang. Dans la nuit du 6 au 7 mai, vers minuit, elle est réveillée par des coliques (?) ; en même temps elle s'aperçoit qu'elle perd du sang ; cette perte augmente considérablement. Une sage-femme appelée demande l'assistance d'un médecin et tous deux, trouvant l'état de la femme grave, l'envoient à la clinique, où elle arrive le 8 mai à 10 heures du matin.

A ce moment, l'écoulement est faible, les parois utérines sont très contractées ; le fœtus se présente en O I G T. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. Par le toucher, on trouve une tête mobile, le col très dévié à gauche, et en avant on sent un repli circulaire du vagin pouvant faire croire à une dilatation comme 5 francs ; le segment inférieur est épaissi à droite. On porte immédiatement le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta en avant et à droite, et, vu la dureté de l'utérus, d'hémorragie rétro-placentaire secondaire.

Le 8 mai, à 4 heures du soir, les membranes se rompent spontanément. Pendant toute la nuit les contractions furent peu énergiques et peu fréquentes.

Le 9 mai, à 4 heures du matin, la parturiente, qui ne perd plus de sang depuis son entrée, a une hémorragie légère ; le sang est rouge ; après une injection chaude, elle s'arrête, le pouls demeure à 96.

À 8 heures du matin, l'orifice utérin est plus près du centre, la dilatation est comme 1 franc; les contractions deviennent plus fortes et plus régulières; la tête s'engage; la dilatation progresse alors rapidement et à 10 h. 30 elle est complète; la femme pousse et accouche à 11 h. 45 d'un enfant mort légèrement macéré. M. Baudron, pratiquant le toucher, constate que le placenta est inséré en bas, en avant et à droite; il sent en outre un énorme caillot qui fait saillie entre la paroi utérine et le placenta, qui se présente par son bord.

Accouchement. — Début du travail: le 7 mai 1898 à 1 heure du matin. (?)

Entrée à la salle de travail 8 mai à 10 heures du matin.

État de la dilatation à l'entrée: col en voie d'effacement, dévié à gauche et en avant.

Variété de la position: gauche antérieure.

Dilatation complète: le 9 mai à 10 h. 30 du matin.

Durée de la période de dilatation (?)

Rupture prématurée spontanée des membranes: le 8 mai à 4 h. 30 du soir.

Liquide amniotique: (?)

Variété de position au moment du dégagement: occipito-pubienne.

Expulsion du fœtus: le 9 mai à 11 h. 15 du matin.

Durée de la période d'expulsion: 1 h. 15.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion: nulle.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance: période sanglante,

Durée totale du travail: (?) 58 h. 45.

Délivrance. — Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse aussitôt après l'expulsion: 18 centimètres: puis 20, 22, 22, 22 centimètres, de 5 en 5 minutes.

Présentation du placenta: bord.

Extraction par expression française à midi 5, 20 minutes après l'accouchement.

Quantité de sang perdu pendant la délivrance: caillots 270 grammes.

Observations. — Aussitôt après l'accouchement, le pouls est à 90; 20 minutes après, la femme perd un peu, le pouls s'élève

à 120. On fait une injection intra-utérine à 48° et l'écoulement s'arrête.

Température 37°,66.

Enfant. — Fœtus mort et macéré ; Sexe féminin.

Poids, 2.200 grammes ; Longueur totale : 46 centimètres.

Annexes. — Placenta. Forme : discoïde ; Poids, 460 grammes.

Membranes : complètes.

Mensuration des membranes : 30/3.

Cordon. Insertion : excentrique bord inférieur. Longueur 46 centimètres ; volume : normal.

La mère sortit en bon état le 19 mai.

OBSERVATION XXX. — Clinique Baudelocque, n° 1.164
(1898)

BASSIN RACHITIQUE 10 cm. 3. — DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ AU COURS DE LA PÉRIODE D'EXPULSION. — BRIÈVETÉ ACCIDENTELLE DU CORDON. — 1 CIRCULAIRE AUTOUR DU PIED GAUCHE, 2 AUTOUR DU COU. — VERSION PAR MANŒUVRES INTERNES. — EXPULSION DU PLACENTA DERRIÈRE LA TÊTE DU FŒTUS. — ENFANT MORT.

La nommée Eugénie F..., âgée de 36 ans, couturière Vpare, arriva à la salle de travail, le 9 juillet à 1 heure du matin.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de la tuberculose. Mari mort de la tuberculose.

Antécédents physiologiques. — A marché à 4 ans, toujours bien. Réglée à 15 ans 1/2.

Antécédents pathologiques. — Scarlatine à 17 ans. Fièvre typhoïde à 32 ans.

Grossesses et accouchements antérieurs. — 4 grossesses antérieures ayant donnée 4 enfants dont un seul est actuellement vivant.

Grossesse actuelle. — Date des dernières règles, 19 au 22 septembre 1897.

Hauteur de l'utérus, 35 centimètres.

Age de la grossesse, 9 mois.

Examens général et obstétrical. — Incurvation rachitique des tibias.

Tension des parois, moyenne.

Présentation du sommet, engagement non effectué. Position, D. T.

Auscultation. A droite au niveau de l'ombilic.

Observations. — Cette femme, se repose au dortoir depuis le 25 juin, date à laquelle on lui pose une ceinture, pour fixer la tête très mobile; elle entre à la salle le 9 juillet, à 2 h. 35 du matin; la dilatation est comme 2 francs, la tête très élevée en GT. La poche des eaux se rompt à 9 h. 30; la dilatation est alors comme une petite paume, le liquide est teinté en vert. M. Pinard l'examine à 10 h. 30; la dilatation est alors complète; pendant que la femme pousse, il constate que la tête qui est inclinée sur son pariétal postérieur progressé lentement, la suture sagittale s'éloignant peu à peu de la symphyse; il pense que l'accouchement spontané pourra se faire spontanément.

Vers midi les bruits du cœur se modifient et tombent à 125-90. Jusqu'à midi 40 la femme pousse avec énergie; par le toucher on constate que la suture sagittale s'éloigne de la symphyse et se rapproche du promontoir en même temps que la tête fait dans l'excavation une saillie plus appréciable.

A midi 15, la femme cesse de pousser d'une façon efficace, elle se plaint d'une sensation d'étouffement, d'une douleur pénible au creux épigastrique. Les bruits du cœur sont de nouveau sourds, mal frappés et tumultueux. L'utérus est relâché, flasque surtout au niveau du fond où les petites parties semblent sous la main. Une nouvelle contraction apparaît, la femme pousse à peine.

A ce moment on constate par la vulve un écoulement de sang rouge; le pouls est à 120, les pulsations fœtales sont à peine perçues. M. Pinard conseille de pratiquer une application de forceps. M. Baudron introduit la main pour aller à la recherche de l'oreille postérieure; il s'écoule une certaine quantité de sang au moment où la tête est soulevée par cette manœuvre; la branche postérieure est introduite, mais

quand on retire la main gauche un flot de sang s'écoule derrière elle; la branche est alors retirée et la main de nouveau introduite pour aller explorer la cavité utérine au-dessus de la tête, constate : 1^o que le placenta est complètement décollé; 2^o que le muscle utérin est suffisamment relâché pour permettre de pratiquer la version : la main va alors à la recherche d'un pied et trouve une anse du cordon autour de la jambe gauche, celle qui répond au pied postérieur ; on le saisit rapidement après avoir dégagé le cordon. L'évolution du fœtus se fait sans difficultés et le fœtus est extrait très vite. Le cordon fait autour du cou 2 circulaires serrés; le placenta suit le fœtus et le coiffe.

Accouchement. — Début du travail : 8 juillet, 10 heures du soir.

Entrée à la salle de travail : 9 juillet, 2 h. 30 matin.

État de la dilatation à l'entrée : 2 francs.

Dilatation complète : 9 juillet, 10 h. 30 matin.

Durée de la période de dilatation : 14 heures.

Rupture spontanée précoce des membranes.

Liquide amniotique : vert.

Extraction du fœtus : le 9 juillet, midi 25.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : considérable.

Durée totale du travail : 15 h. 55.

Expulsion spontanée du placenta après le fœtus.

Observations. — Injection de sérum salé : 500 grammes.

Pouls : 110.

Température : 37°4.

Enfant. — Sexé : masculin, mort.

Poids : 2.950 grammes.

Longueur : 49 centimètres.

Annexes. — Placenta de forme discoïde.

Poids : 450 grammes.

Membranes : déchirées et incomplètes.

Cordon : Insertion normale.

Longueur : 68 centimètres. Formait 2 circulaires autour du cou, 1 circulaire autour du pied droit.

OBSERVATION XXXI. — Clinique Baudelocque, n° 1180.
(1898).

UTÉRUS DE CONSISTANCE LIGNEUSE. — HÉMORRAGIE RÉTRO-
PLACENTAIRE. — PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ. —
1.600 GRAMMES DE CAILLOTS ET DE SANG. — ALBUMINURIE.

La nommée Laure F..., âgée de 37 ans, couturière, Vipare, arrive à la salle de travail le 12 juillet, à 5 heures du matin.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A toujours bien marché. Réglee à 18 ans, irrégulièrement.

Antécédents pathologiques. — Rhumatisme articulaire.

Grossesses et accouchements antérieurs. — Trois accouchements à terme spontanés; deux enfants sont encore vivants.

Grossesse actuelle. — Hauteur utérine : 37 centimètres à 5 heures du matin, puis 40 centimètres à 8 heures.

Accidents et complications. — Pouls 70. Température 37°.

Cette femme n'a présenté aucun signe d'auto-intoxication gravidique.

L'urine se prend en masse.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumons normaux. Varices aux membres inférieurs.

Examen général. — Seins, ventre: normaux.

Utérus de consistance ligneuse, palper impossible.

Tension des parois, très forte.

Présentation: céphalique.

Engagement: effectué.

Position et variété: Gauche antérieure.

Bassin normal.

Auscultation nulle.

Observation. — Cette femme arrive à la clinique à 5 heures perdant abondamment du sang rouge, le faciès est pâle, les lèvres décolorées, le pouls à 70, la température à 37°. Elle

raconte qu'elle s'est beaucoup fatiguée le 10 juillet; le 12 à 2 heures du matin elle est prise de douleurs violentes dans l'abdomen, principalement du côté droit; en même temps elle fait une perte qu'elle estime à un demi-litre environ: aussitôt elle se dirige vers la clinique; pendant le trajet elle perd un peu; elle ne sent plus remuer son enfant depuis le 11 juillet à 9 heures du soir. A l'arrivée on constate au palper un utérus de consistance ligneuse, d'une hauteur de 37 cm., ne permettant de distinguer aucune partie fœtale; au toucher, le col est effacé, l'orifice dilaté comme 2 francs; il est mou, facilement dilatable: P. 70.

En raison de la dureté ligneuse de l'utérus, on porte le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire. Injections chaudes à 48°; l'hémorragie ne cessant pas, on rompt les membranes.

La dilatation progresse rapidement; à 7 h. 45 du matin, elle est complète.

Il est impossible de dégager le tronc; la femme est mise en position obstétricale et l'extraction du fœtus est faite sans difficulté. Immédiatement derrière le fœtus qui pèse 3.770 grammes et qui ne présente aucune trace de macération (il n'a pas rendu son méconium), le placenta décollé suit avec 1.600 grammes de sang rouge liquide et de caillots.

Le placenta est légèrement aplati sans caractère bien net. Injection de 500 grammes de sérum salé, à 9 heures bien que le pouls soit à 70 et que l'état général soit aussi parfait que possible.

Accouchement. — Entrée à la salle de travail, 12 juillet à 5 heures du matin.

État de la dilatation à l'entrée: 2 francs.

Variété de la position. Gauche antérieure.

Dilatation complète. 12 juillet 7 h. 45 du matin.

Rupture artificielle des membranes à une dilation comme 2 francs.

Liquide amniotique teinté de sang.

Variété de position au moment du dégagement, occipito-pubienne.

Extraction du fœtus : 8 h. 15 matin.

Durée de la période d'expulsion, 30 minutes.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : abondante.

Enfant. — Mort, sexe masculin. Poids 3.776 grammes, longueur 52 centimètres.

Annexes. — Placenta, forme discoïde. Poids 510 grammes.

Membranes entières, dissociées.

Mensuration des membranes 29/9.

Cordon. Insertion centrale; longueur 73 cm. Volume normal. 1 circulaire autour du cou.

La mère sortit en bon état.

OBSERVATION XXXII

HYDRAMNIOS : RUPTURE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES.

DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA (BERNHEIM).

Une femme H..., couturière, âgée de 31 ans, entre à la Maternité de l'hôpital Lariboisière le 16 janvier 1893 à 10 heures du matin.

On ne relève chez elle aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel qui puisse mériter une mention. Elle a eu quatre grossesses et quatre enfants mis à terme, dont un seul est actuellement vivant. Le décès des trois autres est peut-être attribuable à une syphilis latente chez elle ou chez son mari, hypothèse qui concorde assez bien avec la complication que présente la grossesse actuelle.

Cette femme a eu ses règles pour la dernière fois à la fin du mois d'avril; elle est donc dans son neuvième mois. La grossesse n'a rien présenté de particulier, si ce n'est que le ventre a pris depuis quelques temps un développement considérable.

Le diagnostic d'hydramnios s'impose à l'examen clinique; la quantité de liquide est jugée très abondante; le fœtus est très mobile pas de présentation.

La femme est en douleur depuis 9 heures du matin, à son entrée dans le service, vers 10 heures, on trouve un col effacé sans dilatation.

Les douleurs continuent, peu intenses et à 4 heures du soir, la dilatation offre à peine un diamètre de 6 centimètres.

Pour activer le travail et surtout dans la crainte que la rupture des membranes, tendues, même dans l'intervalle des contractions, se fasse alors que le fœtus présenterait au détroit supérieur une partie anormale et aussi pour éviter la procidence du cordon si fréquente dans l'écoulement brusque d'une grande quantité de liquide on rompt les membranes artificiellement à 4 heures.

On prend toutes les précautions pour que le liquide s'écoule lentement, on recueille ainsi 5 litres de liquide amniotique.

Les douleurs augmentent d'intensité, à 8 heures du soir la femme perd du sang en assez grande quantité. L'hémorragie s'arrête après une injection d'eau chaude. A 9 heures nouvelle hémorragie. On n'entend plus les bruits du cœur de l'enfant. On fait le diagnostic de décollement du placenta. La femme accouche à 9 heures 1/2 d'un enfant qui ne fait que quelques mouvements d'inspiration.

Il pesait 2.530 grammes et était d'une pâleur cadavérique. La sortie de l'enfant s'accompagne de l'écoulement d'une notable quantité de sang liquide et est suivie de l'expulsion immédiate du placenta et de 700 grammes de caillots.

Le placenta pesait 450 grammes et ne présentait aucune altération apparente.

OBSERVATION XXXIII

(THE BOSTON MÉDICAL AND SURGICAL JOURNAL 1892. CXXVII
p. 377-379). MALCOM STORER

La malade M. M..., était une grande irlandaise, de bonne santé, avec un tempéramment un peu nerveux, âgée de 30 ans et mère de sept enfants. Les dernières règles cessèrent le 16 octobre 1890.

Dans la soirée du 6 mai, pendant qu'elle nettoyait sous un lit, elle se heurta l'abdomen très violemment, et ressentit quelques faiblesses dans la suite pendant la nuit.

Le 9 mai à 6 heures du matin, elle se « sentit mal » et envoya chercher un médecin, le Dr B.-A. Cheney, de New-Haven ; je me sers beaucoup des notes de ce médecin pour rapporter cette observation. La malade était alors en très bon état, la température normale, le pouls à 96, mais elle était agitée et effrayée. Trouvant une présentation de la tête, le col non dilaté, sans aucun signe de travail pour le moment, il attribua son état à son tempérament nerveux et ordonna un calmant. A 7 heures, il fut appelé de nouveau et trouva qu'il y avait eu une hémorragie assez abondante pour mouiller deux ou trois serviettes. La malade était bien plus tranquille et le pouls comme auparavant. Le vagin fut tamponné dans l'espoir de faire naître la contraction utérine. A 10 heures du soir, tandis que le Dr Cheney était dans la chambre, la malade pâlit subitement, le pouls s'éleva à 150, très faible et intermittent, une respiration profonde et haletante se montra et en peu de temps, elle présenta tous les symptômes de l'hémorragie. L'utérus était plus distendu qu'auparavant, mais ne fut pas palpé sans nécessité. Le col était comme auparavant, dur et rigide, avec une absence complète de douleurs du travail. Il n'y avait pas d'hémorragie externe en ce moment et visiblement aucun travail. Les membranes furent rompues, du liquide amniotique s'échappa sans produire un effet apparent sur l'état de la femme. On envoya alors chercher le Dr Bagot pour une consultation. Après un examen attentif, il décida que la meilleure chance de sauver la mère était de pratiquer un Porro aussi rapidement que possible. La vie de l'enfant n'était pas à considérer car il était probablement mort.

Les raisons qui le poussaient à adopter ce traitement radical étaient un peu les suivantes : D'abord il considéra la mortalité de 85 0/0 dans les cas d'hémorragie interne sans travail traités par les méthodes ordinaires. Ensuite, il pensa que l'état de la femme, dont le pouls était à ce moment près de 200 en dépit des stimulants les plus actifs, était si désespéré qu'il excluait l'idée de la soumettre, au risque de l'hémorragie ultérieure qui suivrait probablement quelque tentative sur le col rigide et non dilaté ; il craignait qu'elle ne

mourut entre ses mains pendant qu'il dilaterait assez le col pour extraire le fœtus après la craniotomie. Même en supposant qu'elle vécut jusqu'à l'extraction du fœtus, il restait encore le danger de l'hémorragie post-partum, et elle paraissait si exsangue que évidemment la perte de la quantité de sang qui suit ordinairement la délivrance aurait été trop forte pour elle. En pratiquant un Porro, d'un autre côté, pourvu qu'elle supporta le « shock » de l'opération, non nécessairement grand en lui-même, on évitait entièrement toute perte de sang ultérieure. L'opération césarienne conservatrice n'était pas à considérer, le temps nécessaire pour cette opération étant hors de question dans l'état actuel de la malade. Comme l'utérus ne paraissait pas alors avoir augmenté à la vue, et comme l'état de la malade n'avait pas empiré, il y avait des raisons pour espérer que l'hémorragie s'était arrêtée en ce moment et qu'elle ne se reproduirait pas de nouveau jusqu'à ce qu'on eût le temps de se procurer et de stériliser le petit nombre d'instruments nécessaires pour l'opération.

Sur ces entrefaites, à l'heure suivante, on lui administra une once de whiskey sous la peau. On l'endormit avec un mélange de trois parties d'éther pour une de chloroforme. Le nettoyage de la peau ne fut fait que très rapidement, de peur de reproduire l'hémorragie. Moins de 3 minutes après avoir été éthérisé, lavé avec une brosse, l'abdomen fut ouvert, les ligaments larges et ronds fixés et coupés de chaque côté, et l'utérus avec une ligature élastique autour de sa base empêchant efficacement une hémorragie ultérieure, fut basculé en avant et en dehors de l'abdomen; ses parois furent saisies alors avec une couple de pinces à boulet. En ouvrant l'utérus, on retira un enfant mort; on trouva le placenta entièrement décollé et l'utérus plein de caillots et de liquide sanglant. On amputa alors l'utérus en bas et après avoir fixé les artères utérines avec six pinces, la ligature élastique fut changée pour une pince de Tait. Deux aiguilles de Peaslee servirent très bien comme pinces à hystérectomie à défaut de meilleurs instruments. Les autres détails de l'opération furent faits comme d'habitude, quoique d'une manière précipitée.

Avec de la chaleur et du whiskey en abondance, la malade se remit bien et quatre jours plus tard fut portée à l'hôpital où elle fit une bonne convalescence. Quelqu'un connaissant la malpropreté et la saleté des habitations de Dublin appréciera la nature défavorable de l'entourage et l'asepsie fut si complètement faite que sa température ne s'éleva pas au-dessus de 100° Farenheit.

Quatre mois plus tard on revit la femme qui, disait-elle, « se sentait bien mieux qu'avant l'opération » :

OBSERVATION XXXIV

HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE SECONDAIRE. — INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA A DROITE ET EN AVANT. (Communiqué par M. le Dr Baudron et M. le Dr Roubinowitch):

M^{me} S..., âgée de 33 ans, n'a pas eu de maladies dans la première enfance ni dans l'adolescence.

Premières règles à 13 ans, depuis réglée régulièrement.

A 19 ans, à la suite d'une promenade au bord de la mer où M^{me} S... fut complètement mouillée par une vague, elle ressentit une douleur névralgique à la jambe droite. Pendant 6 mois, il lui fut impossible de prendre du repos, ses nuits furent sans sommeil. Deux ans après elle vient habiter le Havre, où le grand air de la mer provoque des névralgies dans la tête et les épaules : cet état dure 8 ans environ.

Mariée à 22 ans, quelques mois après elle fait un avortement qui nécessite un curetage. Elle reste ensuite plusieurs années sans avoir d'enfant, puis après une grossesse normale accouche d'un enfant chétif vivant actuellement.

Elle devient enceinte pour la seconde fois, après ses règles d'octobre 1896; pendant toute la durée de sa grossesse, les urines présentèrent des traces indosables d'albumine et 3 à 6 grammes de sucre par litre et par 24 heures. La névralgie persiste; la grossesse évolue sans incident jusqu'à 7 mois 1/2; mais le 13 mai 1897, à 10 heures du matin, la malade est prise d'une hémorragie abondante. Appelée par M. Roubinowitch,

médecin de M^{me} S..., je trouve une présentation du siège, le fœtus vivant, la dilatation comme 5 francs, avec les membranes intactes; le pouls est à 120. Je diagnostique une insertion vicieuse du placenta, et en raison de l'hémorragie, je romps largement les membranes; l'écoulement sanguin s'arrête; rapidement la dilatation se complète et à 11 heures j'extrais un enfant, du sexe féminin, aujourd'hui vivante et âgée de 18 mois. Le placenta était inséré à 2 centimètres de l'orifice. Les suites de couches furent normales et le retour des règles eu lieu 6 semaines après.

De nouveau enceinte après ses règles de janvier 1898, cette nouvelle grossesse évolue normalement, lorsque le 19 août 1898 à 6 heures du soir, on vient rapidement me chercher, M^{me} S... ayant été subitement prise d'hémorragie légère. Je trouve la malade avec un pouls à 80; sa chemise est teintée de sang; un léger suintement sanguin se fait par le vagin. Je la fais coucher et ordonne des injections chaudes à 48°. Il n'y a aucun phénomène de travail, l'enfant est vivant et se présente en OIGT. Je conseille de prévenir le docteur Roubinowitch et de me faire appeler au moindre incident.

A 10 heures du soir on vient de nouveau me chercher, M^{me} S... a eu une nouvelle hémorragie à 8 h. 30, et depuis des contractions douloureuses. J'arrive à 10 h. 15; il n'y a pas d'écoulement sanguin, le pouls est à 96; l'utérus est de consistance ligneuse surtout à droite et en avant; à ce niveau la douleur est vive à la pression; on n'entend plus les bruits du cœur. La dilatation est complète et la poche des eaux intacte. Je la romps et en deux efforts M^{me} S... expulse un garçon mort, suivi immédiatement du placenta, dont la face utérine est dirigée en avant et à droite. Par expression je fais sortir de l'utérus environ 5 à 600 grammes de caillots; il est alors 10 h. 30; le pouls retombe aussitôt après à 70. Le placenta est à 0 centimètres de l'orifice, il est normal et ne présente aucune altération.

Depuis la seconde grossesse et durant toute la grossesse actuelle, les urines présentèrent des traces indosables d'albumine; une dernière analyse a indiqué 2 grammes de sucre par litre. Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION XXXV

HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE. — ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ SPONTANÉ. — TERME 8 MOIS. — ENFANT MORT ET MACÉRÉ. — POIDS 1.400 GRAMMES. (M^{me} Henry.)

La nommée Vincent, Ipare, âgée de 27 ans, entre à la Maternité le 13 juin 1892 à midi. Elle souffre depuis le matin 7 heures et perd un peu de sang. L'examen obstétrical donne les renseignements suivants :

Palper. — L'utérus est développé comme pour une grossesse de 8 mois ; on trouve de l'empâtement vers la corne gauche ; en même temps, on détermine un peu de douleur, mais l'utérus est tellement tendu qu'on ne peut distinguer aucune partie fœtale.

Auscultation. — On ne perçoit aucun bruit du cœur.

Toucher. — Le col est encore long, ouvert dans toute son étendue ; le sommet se présente. Le même jour, elle expulse, dans l'après-midi, quelques caillots et au même moment elle se trouve très affaiblie et devient très pâle. Elle fut aussitôt couchée horizontalement et quelques injections chaudes suffirent pour arrêter l'hémorragie. Les contractions utérines continuèrent avec peu d'intensité ; elles ne devinrent énergiques que le 14 juin. A 3 heures du soir, la dilatation est complète ; les membranes se rompent. A 11 h. 45, l'accouchement se termine spontanément ; l'enfant, du sexe féminin, est mort et présente des traces de macération ; il pèse 1.400 grammes.

Aussitôt après l'expulsion du fœtus, il s'échappe des caillots noirâtres qui sont recueillis et pèsent 450 grammes.

La délivrance se fait spontanément ; Le placenta présente une dégénérescence grasseuse et des foyers hémorragiques multiples. Injection intra-utérine avec une solution titrée à 0 gr. 20 pour 1.000 à 48°.

Cette femme fut réglée pour la première fois à l'âge de

15 ans, et depuis régulièrement. D'une constitution faible, elle est très anémique; sa grossesse s'est compliquée de syncopes, de vomissements, d'hémorragies. Elle est journalière et travaille à la campagne : l'accouchement prématuré serait dû à son état de santé et aux fatigues qu'elle a éprouvées.

Les suites de couches furent normales.

CONCLUSIONS.

I. — Quatre causes d'hémorragie rétro-placentaire sont absolument démontrées : l'albuminurie, la brièveté du cordon, l'hydramnios aigu, et le traumatisme.

II. — L'insertion vicieuse du placenta en bas et en avant coïncidant avec la présentation du sommet provoque une hémorragie rétro-placentaire secondaire.

III. — Le pronostic reste très sombre pour l'enfant. Quoique sérieux pour la mère, il est bien moins sombre qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour.

IV. — Provoquer le travail, terminer le plus rapidement possible l'accouchement, et faire immédiatement la délivrance, telle est la conduite à tenir en face de cette complication de la grossesse.

Les moyens qui paraissent les meilleurs pour arriver à ce résultat, sont : la rupture des membranes, suivie ou non de l'application du ballon Champetier.

V. — L'opération césarienne, conservatrice ou suivie de l'opération de Porro, peut dans les cas graves rester la seule chance de sauver la mère.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PINARD.

VU : LE DOYEN, BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

1621. — GUILLEMEAU. — *De la grossesse et de l'accouchement des femmes.*
1675. — PORTAL. — *La pratique des accouchements soutenue d'un grand nombre d'observations.* Paris
1681. — MAURICEAU. — *Traité des maladies des femmes grosses,* Paris.
1694. — PEU. — *Pratique des accouchements.*
1718. — DIONIS. — *Traité des accouchements.* Liv. II, p. 228.
1756. — LEROUX. — *Observations sur les pertes de sang des femmes en couches, etc.* Dijon et Paris.
1759. — PUZOS. — *Traité d'accouchement.*
1796. — BAUDELLOCQUE (J.-L.). — *L'art des accouchements.* T. I. p. 373. Paris
1818. — M^{me} BOIVIN. — *Traduction annotée du traité des hémorragies de Duncan-Steward.*
1821. — M^{me} LACHAPELLE. — *Pratique des accouchements,* T. II.
1831. — BAUDELLOCQUE (C.-A.). — *Traité des hémorragies internes de l'utérus.* Paris.
1835. — CAZEAUX. — *De l'hémorragie tociue.* Th. de Paris.
- 1839-40. — IUGLEBY. — *Internal uterine hæmorrhage-Lancet.* London, I. 553-557.
- 1844-45. — THOMPSON (W.). — *Singular case of fatal intra-utérine hæmorrhage-London, M. Gaz.* xxxv, 289.
1846. — EDWARDS (D.-A.). — *Partial séparation of the placenta at the sixth month of gestation without external hæmorrhage but attended with symptomes which rendered the induction of premature parturition necessary.* Lancet-London, II, 321-23.
1846. — JACQUENIER. — *Manuel des accouchements,* T. II. Paris
1849. — BLOT. — *De l'albuminurie chez les femmes enceintes.* Th. doct. Paris.
1851. — TANNER. — *Partial separation of the placenta preceding labor.* Med. Times-London. III, 403.
- 1854-55. — OLDHAM (H.). — *On concealed accidental utérine hæmorrhage.* Guy's Hosp. Repr. London, II, 94-102.
1855. — HAWAR (C.-C.). — *A case of concealed hæmorrhage.* N. Orl. Med. et Surg. J. XII, 406.
1860. — JAMES (H.). — *Two cases of concealed accidental utérine hæmorrhage,* Lancet-London, II, 428.

1860. — HICKS (J-B). — *On concealed accidental hæmorrhage at the latter end of pregnancy and during labor.* Lancet-London, T. 274.
1866. — GODEFROY. — *Hémorragie intra-utérine à 8 mois de grossesse ayant déterminé l'accouchement et la mort du fœtus* *Recue de thérap. méd. chir.* Paris (XIV), 564-66.
1866. — TUBBS (W-J). — *Hæmorrhage from detached placenta near the eighth month of gestation ; labor induced by Barnes's dilator ; recovery.* Brit. M.J. London, I, 67.
1870. — GOODELL (W). — *Concealed accidental hæmorrhage of the gravid womb.* Am J. obst. N.-V. II, 281-346.
1873. — BAILLY. — *Deux faits d'hémorragie interne grave pendant le travail et après l'accouchement.* Gaz. des Hôpitaux. Paris, XLVI, 764.
- 1873-74. — ESHLEMAN. — *A case of concealed hemorrhage with detached placenta at the seven and a half months.* Phila. M. Times, IV, 237.
1874. — PILAT. — *Hémorragie au début du travail par suite du décollement prématuré du placenta ; mort du fœtus ; délivrance artificielle, guérison de la mère.* Ann. de gyn. Paris, I, 361-365.
1874. — WILLIEN (L-J) — *Uterine hæmorrhage appearing after five and ou half months gestation, caused by detachment of the placenta ; premature delivery favorable to mother and child.* — Chicago, M.-J., XXXI, 457-59.
- 1874-75. — BRUNTON (M). — *Accidental concealed hæmorrhage.* Proc. M. Soc. London. II, 88.
1875. — HEMMING (C). — *Hæmorrhagia gravidæ internæ.* Arch. F. Gynaëk, Berlin, VIII, 336-342.
- 1875-76. — BRUNTON (J). — *On accidental concealed hæmorrhage With cases.* Obst. J. Gr. Britain. London. III. 437-47
1876. — THOMPSON (J-A). — *On a cure of concealed accidental hæmorrhage.* Med. Press et Circ. London. XXI, 255-297.
- 1877-78. — MABERLY. — *Accidental hæmorrhage,* Journ. of great. Brit.
1878. — PULLIN (T-H.-S.) — *Case of concealed hæmorrhage.* Med. Press. and Circ. London. XXV, 345.
1878. — STOLZ. — *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, art. Dystocie,* T. XII. p. 191
1878. — WEATHERLY. — *British medical journal,* 24 août.
1881. — BARNES. (E.-C.) — *On concealed accidental hæmorrhage with cases.* London-Lancet. II. 1038-1040.
1882. — SPIEGELBERG. — *Lehrbuch der Geburt,* p. 360.
1884. — BUDIN P. — *Archives de tologie.* Janvier.
1884. — WEY (W-C.) — *Concealed uccidental hæmorrhage "complicating labor at term, resulting in the death, of the fœtus and the alarming, prostration of the mother.* Med. Rec. NY XXV, 146.
1885. — WINTER. — *Zeitschrift für Geburtshüfe, und gynækologie* T. XI, p. 415.
- 1885-86. FREDENBERG. — *Ueber metr. grav. interna.* Arch. f. Gynak. p. 485-98.

1886. — REYNOLDS. — *A case of concealed accidental hæmorrhage.* Boston, M. et S. J., 463.
1886. — FELHING. — *Arch für gynäkologie.*
1887. — ROUHAUD. — *Lésions du Placenta dans l'albuminurie.* Th. doct. Paris.
1888. — ROSSIER. — *Klinische und histologische Untersuchungen über die Infarcte der Placenta.* Leipzig.
1888. — ATCHISSON (W-A). — *Concealed ante partum hæmorrhage Nashvill.* J. M. et S. XXV, 6.
1889. — WINTER. — *Zwei Médianschitte durch Gebärende.* Berlin, p. 21.
1889. — GOODELL (W.). — *Concealed accidental hæmorrhage of the gravid uterus,* Am. J. Obs. p. 281.
1890. — HABERLIN. — *Centralblatt für gynak,* IV, 457-60
1890. — LORTRIGHT. — *Accidental hæmorrhage.* Brooklyn. M-J. IV. 646-52.
1891. — M^{me} HENRY. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique.* T. XXXVI, 357.
1891. — CAGNY. — *Hémorragies placentaires de l'albuminurie.* TH. doct. Paris.
1891. — COE. — *Concealed accidental hæmorrhage during labor with a report of a fatal case.* Am J. obst. N.Y. XXIV, 152.
1892. — MARSH (J-P) *Case of hæmorrhage from the normally implanted placenta,* N. Y. M. J. LVI, 323.
1892. — SUTER. — *Report of a case of partial séparation of the placenta causing accidental hæmorrhage during pregnancy and premature delivery.* Am. J. obs. N. Y. XXV, 215.
1892. — GREEN (F-M). — *Case of ante partum hæmorrhage in which the placenta was normally-situated.* Med. News. Phila. LX, 18.
1892. — STORER (M). — *Remarks on the radical treatment of certain cases of grace concealed hæmorrhage.* Boston M. et S. J. CXXVII, 377.
1892. — PINARD ET VARNIER. — *Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique.* Paris.
1892. — DUMARCET. — *Du décollement du placenta normalement inséré.* Th. doct. Paris.
1892. — VARNIER. — *Recue pratique d'obstétrique et de pædiatrie.* T. V. Juin.
1892. — IRÉENE. (F-M). — *Case of ante-partum hæmorrhage in which the placenta was normally implanted.* Med. News. Phila. LX, 18.
1892. — HELLIER. — *Concealed ante-partum hæmorrhage and placental apoplexy.* Lancet. London. I. 1237.
1893. — LAJOIE (M-I). — *Hémorragie rétro-placentaire survenue pendant la grossesse.* Un med. du Canada. Montréal. VII, 225.
1893. — OUI (M). — *De l'albuminurie gravidique comme cause de la mort du fœtus.* Gaz. hebd. sciences méd. 484-98-602.
1893. — BERNHEIM. — *Hydramnios, rupture artificielle des membranes, décollement prématuré du placenta.* Journ. de méd. de Paris, 9 juillet.

1894. — HAWARD KELLY. — *Am. J. obst.* XXX.
1894. — BUÉ. — *Décollement prématuré du placenta à insertion normale.* *Arch. tocol. et gynéc.* Paris, XXI, 481.
1894. — WEISS. — *Neber vorzeitige Lozang der normalsitzenden Placenta.* *arch. für. Gyn.* XLVI, 2.
1895. — DAKIN (W-R). — *Concealed accidental hæmorrhage; fætus, placenta and membranes delivered entire.* *Tr. Obst. Soc. London* XXXVI, 315.
1895. — DOLÉRIS. — *Hæmorrhagie par décollement prématuré du placenta situé très haut.* *Soc. obst. et gyn.* Paris. Janv. 10.
1896. — ALLEN (L). — *Hæmorrhage into the sar during the ninth month.* *Tr. Am. Inst. Homæop.* Phila. 845.
1897. — O'BRYEN (J.-W). — *Sudden death in labour.* *Edmib. M. Ireland Dublin*, XV, 357.
1897. — GOTTSCHALK. — *Fall von vorzeitigem Lozung der normalsitzenden Placenta in G. Schwangerschaftsmonat bei Schwangerschaftsnephritis.* — *Ztsch. f. geburtsh. u. gynat.* Stuttg XXXVI, 542.
1897. — BENNET (J.-H). — *Hæmorrhage from premature separation of the placenta.* *Am. J. Obst. N.-V*, XXXV, 699-701.
1897. — FINDLEY (P). — *Concealed hæmorrhage Iowa M.-J des Moines*, III, 381-390.
1897. — PUECH (P). — *Hémorrhagie du placenta prævia ou hémorrhagie du placenta normalement inséré ?* *Gazet. Hop. Paris.* p. 30-41
1898. — LOP. — *De l'hémorrhagie interne dans les cas de placenta prævia ou de placenta normalement inséré.* *Presse médicale*, Paris, 2 juillet.

